

Vivências em Atenção Básica/Saúde da Família

**Luciane Bisognin Ceretta
Priscyla Waleska T. de A. Simões
Josete Mazon
ORGANIZADORAS**

Vivências em Atenção Básica/Saúde da Família

Luciane Bisognin Ceretta
Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões
Josete Mazon
(Organizadoras)

Vivências em Atenção Básica/Saúde da Família

Série Residência Multiprofissional

Volume 1

Criciúma
Unesc
2014

2014 ©Copyright UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
Av. Universitária, 1105 – Bairro Universitário – C.P. 3167 – 88806-000 –
Criciúma – SC
Fone: +55 (48) 3431-2500 – Fax: +55 (48) 3431-2750

Reitor
Gildo Volpato

Pró-Reitora de Ensino de Graduação
Robinalva Borges Ferreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
Luciane Bisognin Ceretta

Pró-Reitora de Administração e Finanças
Kátia Aurora Dalla Líbera Sorato

Conselho Editorial

Alex Sander da Silva
Álvaro José Back
Carlos Renato Carola (Presidente)
Dimas de Oliveira Estevam
Fabiane Ferraz
Marco Antonio da Silva
Melissa Watanabe
Nilzo Ivo Ladwig
Oscar Rubem Klegues Montedo
Reginaldo de Souza Vieira
Ricardo Luiz de Bittencourt
Vidalcir Ortigara
Willians Cassiano Longen

Luciane Bisognin Ceretta
Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões
Josete Mazon
(Organizadoras)

Vivências em Atenção Básica/Saúde da Família

COLABORADORES

Angela Erna Rossato
Deise Patrício dos Santos Dal Pozzo
Elaine Meller Mangilli
Felipe Cechinel Veronez
Fernanda Guglielmi Faustini Sonego
Franciani Rodrigues
Francieli Maragno
Gabriela Maciel Alves
Graziela Amboni
Gustavo de Oliveira
Indianara Reynaud Toreti Becker
Ioná Vieira Bez Birolo
Joni Marcio de Farias
Josete Mazon

Larissa de Oliveira
Liliana Dimer
Lisiane Tuon Generoso Bittencourt
Luciane Bisognin Ceretta
Merieli Medeiros Ronsani
Patricia Araújo Burato Miguel
Priscila Soares de Souza
Priscyla Waleska T. de Azevedo Simões
Raisla Martins de Souza
Renan Antônio Ceretta
Rita Suselaine Vieira Ribeiro
Sabrina Teodosio Souza
Tamy Colonetti
Vanise dos Santos Ferreira Viero

COMITÊ CIENTÍFICO

Dr.^a Maristela Golçalves Giassi (UNESC)
Dr.^a Olivette Rufino Borges Prado Aguiar (UFPI)
Dr.^a Rejane Aurora Mion (UEPG)
Dr.^a Sandra Margarete Bastianello Scremim (IFSC)
Dr. Alex Sander da Silva (UNESC)
Dr. Ricardo Luiz de Bittencourt (UNESC)

DIRETORA DA UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof.^a MSc. Indianara Reynaud Toreti Becker

COORDENADORA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DA UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof.^a Dr.^a Vanessa Moraes de Andrade

COORDENADORA DE EXTENSÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof.^a Dr.^a Máxima Tessmann Schwalm

COORDENADOR DE ENSINO DA UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Williams Cassiano Longen

COORDENADORA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Prof.^a Dr.^a Luciane Bisognin Ceretta

COORDENADORA DE ATIVIDADES

Prof.^a MSc. Josete Mazon

COORDENADORA DA COREMU

Prof.^a Dr.^a Lisiane Tuon Generoso Bittencourt

GESTORA DE SAÚDE LOCAL

Leticia Vieira de Oliveira Rodrigues

Esta obra foi financiada pelo Ministério da Saúde e
pelo Ministério da Educação

Editora da UNESCO

Editor Chefe:
Carlos Renato Carola

Revisão dos originais: **Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões**

Revisão ortográfica e gramatical: **Margareth Maria Kanarek**

Projeto gráfico, diagramação e capa: **Luiz Augusto Pereira**

Imagem da capa: **Free Images**

Série Residência Multiprofissional, v. 1

As ideias e informações apresentadas nesta obra são de inteira
responsabilidade de seus autores e organizadores.

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

V857 Vivências em atenção básica/saúde da família / Luciane Bisognin
Ceretta, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Josete
Mazon (organizadoras). – Criciúma, SC : UNESCO, 2014.–
(Série Residência Multiprofissional ; v. 1)
121 p. : il. ; 22 cm.

Modo de acesso: <<http://repositorio.unesc.net>>

Vários colaboradores

ISBN: 9788588390942

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Saúde da
Família. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Educação e saúde.
5. Saúde pública. I. Título.

CDD. 22ª ed. 362.10425

Bibliotecária Rosângela Westrupp – CRB 0364/14^a
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESCO

APRESENTAÇÃO

A união de saberes, confrontados com as necessidades de saúde da população, reuniu diferentes profissionais impulsionados e movidos por um sentimento de mudança, apaixonados pela saúde e acreditando na transformação dos cenários de práticas. Nesta obra, os Residentes, Tutores e Preceptores compartilham seus relatos e vivências nas ações cotidianas da Saúde da Família e da Saúde Coletiva.

Essa essência multiprofissional das ações focadas no desenvolvimento de estratégias para o atendimento e o cuidado direcionados às necessidades reais da população, respeitando o indivíduo na sua totalidade e ampliando as discussões sobre saúde, torna esta coletânea de artigos um importante material de apoio às diferentes áreas da Saúde Coletiva.

As vivências aqui apresentadas contribuem para ampliar as discussões sobre a inserção dos diferentes profissionais na Estratégia de Saúde da Família, fazendo-nos refletir e pensar como sujeitos comprometidos com a responsabilização social, a promoção e o cuidado integral à saúde, bem como consolida a importância dos Programas de Residência na área Multiprofissional.

Entendo como integrante do processo, neste livro, a concretização das ideias e dos ideais, de saberes diferentes, mas trilhados para um mesmo objetivo, e de muitas discussões e reflexões para a consolidação da Saúde Coletiva. Que a leitura deste possibilite o prazer e o pensar, a crítica e a socialização dos conhecimentos gerados por sua brilhante equipe.

Professora Doutoranda Josete Mazon

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	6
--------------------------	----------

Josete Mazon

INTRODUÇÃO	9
-------------------------	----------

Luciane Bisognin Ceretta

CAPÍTULO 1 - O Planejamento como Estratégia para Organização do Trabalho do Enfermeiro em Unidade de Saúde da Família (UFS)	10
--	-----------

Patricia Araújo Burato Miguel, Francieli Maragno, Ioná Vieira Bez Birolo, Luciane Bisognin Ceretta

CAPÍTULO 2 - Relato de Experiência: A Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Pré-Natal em uma Estratégia de Saúde da Família	20
---	-----------

Francieli Maragno, Patricia Araújo Burato Miguel, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Ioná Vieira Bez Birolo

CAPÍTULO 3 - Avaliação da Assistência Farmacêutica em Unidades de Estratégia de Saúde da Família de um Município do Sul de Santa Catarina.....	27
---	-----------

Raisla Martins de Souza, Larissa de Oliveira, Angela Erna Rossato, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões,

Indianara Reynaud Toreti Becker

CAPÍTULO 4 - Inserção do Cirurgião-Dentista ao Tratamento do Paciente Diabético na Saúde Pública.....	41
--	-----------

Felipe Cechinel Veronez, Renan Antônio Ceretta, Fernanda Guglielmi Faustini Sônego

CAPÍTULO 5 - Importância do Pré-Natal Odontológico na Rede Pública de Saúde	51
--	-----------

Felipe Cechinel Veronez, Renan Antônio Ceretta, Fernanda Guglielmi Faustini Sônego

CAPÍTULO 6 - Educação em Saúde: desenvolvimento motor em crianças de 0 a 3 anos de idade para professores do Centro de Educação Infantil da AFASC.....	62
---	-----------

Priscila Soares de Souza, Franciani Rodrigues, Lisiane Tuon Generoso Bittencourt, Elaine Meller Mangilli

CAPÍTULO 7 - A percepção de enfermeiras quanto ao seu preparo e ao preparo de sua equipe na atenção básica à saúde sobre saúde mental: o apoio matricial como ferramenta75

Deise Patrício dos Santos Dal Pozzo, Gabriela Maciel Alves, Luciane Bisognin Ceretta, Graziela Amboni

CAPÍTULO 8 - Perfil Nutricional de Crianças Menores de 10 Anos Cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Município de Criciúma, SC..... 89

Sabrina Teodosio Souza, Merieli Medeiros Ronsani, Tamy Colonetti, Liliana Dimer, Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, Rita Suselaine Vieira Ribeiro

CAPÍTULO 9 - Análise de Escolares e Gerentes das Unidades de Saúde sobre as Ações desenvolvidas pelo Sistema de Saúde do Município de Criciúma, SC.....104

Gustavo de Oliveira, Vanise dos Santos Ferreira Viero, Luciane Bisognin Ceretta, Joni Marcio de Farias

INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva apresenta-se para a Universidade do Extremo Sul Catarinense como um forte agregador de forças em favor da formação em Saúde Coletiva. Trata-se de uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e Educação, que tem proporcionado bolsas para os residentes com a finalidade de ativar os processos de mudanças na formação e na atenção em saúde. A UNESCO tem sido parceira destas mudanças e tem buscado a inclusão de propostas que reúnam potencial para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, associada à qualificação da formação em saúde.

A interlocução do Programa de Residência com a graduação na área da saúde tem se configurado um mecanismo também indutor de reflexões no interior destes cursos.

Este livro é uma coletânea de artigos, fruto do processo de estudos e atividades desenvolvidas pelos residentes e seus preceptores na tentativa de registrar a importância deste programa, bem como os resultados possíveis.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família compreende as áreas de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia. A segunda turma – concluintes de 2013 –, dentre as tantas contribuições efetuadas, apresenta também este coletivo de relatos e reflexões que poderá subsidiar a prática de acadêmicos da graduação e de outros profissionais da saúde.

Assim, o Programa de Residência cumpre seu papel também na produção do conhecimento e sua consequente socialização, o que se torna fundamental em todo o processo de formação e de mudanças.

Prof.^a Dr.^a Luciane Bisognin Ceretta

Enfermeira e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

CAPÍTULO 1

O Planejamento como Estratégia para Organização do Trabalho do Enfermeiro em Unidade de Saúde da Família (USF)

Patricia Araújo Burato Miguel¹

Francieli Maragno²

Ioná Vieira Bez Birolo³

Luciane Bisognin Ceretta⁴

Resumo

O planejamento em saúde é visto como uma importante estratégia para reorientação e reorganização das atividades e ações em saúde, sobretudo na Atenção Primária e na Estratégia Saúde da Família. Partindo deste pressuposto, este capítulo, em forma de artigo, tem como objetivo apresentar a importância da utilização do planejamento estratégico em saúde como instrumento de gerência na organização do processo de trabalho pelos profissionais enfermeiros, tendo como campo de trabalho a Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de revisão integrativa da literatura sobre os modelos de planejamento em Enfermagem e Saúde. A experiência profissional acerca da atuação do enfermeiro frente ao planejamento em saúde contribui para a reflexão deste processo nas Unidades de Saúde. O estudo permitiu averiguar a importância e o predomínio do planejamento estratégico com enfoque participativo, evi-

¹Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* patricia-patipi@hotmail.com

²Idem. *E-mail:* fran_maragno@hotmail.com

³Enfermeira. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* ionavieira71@hotmail.com

⁴Idem. *E-mail:* luk@unesc.net

denciando um processo de transição para novas perspectivas no planejamento em Enfermagem e em Saúde.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico. Estratégia de Saúde da Família. Organização dos Serviços. Saúde Coletiva.

Introdução

Com diversas transformações em um sistema globalizado, observa-se que as instituições exigem funcionários administrativos que tenham características de liderança e um método organizacional para o sucesso dos empreendimentos que gerencia.

De acordo com Tancredi, Barros e Ferreira (2013), o planejamento é visto como instrumento de gestão que permite o desenvolvimento institucional. Tem como finalidade o alcance de metas e objetivos, resolução de problemas e enfreteamento das oportunidades.

O Ministério da Saúde (MS) institucionalizou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o intuito de oferecer uma assistência à população de forma integral, holística, unificada, humanizada e com qualidade à saúde, visando à promoção e proteção da mesma e à prevenção de doenças. Os princípios do PSF são coerentes com os do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, descentralização, municipalização, integralidade e qualidade das ações (SLALINSKI; SCOCHI; MATHIAS, 2006).

Como o Planejamento Estratégico abrange em sua criação a ação de vários atores, como equipe de saúde, família e comunidade, cabe à enfermeira, como gerente da instituição, ter conhecimento dos recursos físicos, materiais e humanos, bem como do território de abrangência da localidade, além de saber conduzir e mobilizar as pessoas envolvidas no processo de planejamento.

Porquanto, com a inclusão de todos os atores no desenvolvimento do planejamento estratégico, é possível ter uma definição mais próxima do que a sociedade almeja para a melhoria do atendimento qualificado e humanizado. E a realização da implementação do planejamento como instrumento

de gerência possibilita que todos os atores se tornem corresponsáveis para o alcance dos objetivos.

A literatura apresenta tipos de estrutura organizacionais de acordo com a instituição, podendo ser formal ou informal. O primeiro é planejado e comunicado, já o segundo não é planejado. Para Marquis e Huston (2005, p. 131) “Uma estrutura organizacional refere-se à maneira como um grupo é formado, suas linhas de comunicação e seus meios de canalização da autoridade e de tomada de decisão”. Para os autores, é importante que exista uma estratégia interna para o bom andamento dos serviços prestados pela Unidade de Saúde.

Neste capítulo, será apresentado o planejamento estratégico em saúde como um instrumento de gerência para os enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família, além dos passos para a construção de um planejamento, visando à essência da participação dos atores sociais para a elaboração de um plano que seja exequível e efetivo.

Surgimento e formação da Estratégia de Saúde da Família

O surgimento e formação da ESF tem como base a garantia da saúde. Esta, no Brasil, é direito de todos e foi institucionalizada na promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual efetivou a criação do Sistema Único de Saúde. O art. 198 da CRFB/88 relata as diretrizes do SUS: I - descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Também neste mesmo artigo são elencados os princípios que regem o SUS (BRASIL, 2007).

O SUS foi criado com o propósito de oferecer a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no país a oportunidade de receber um atendimento integral e holístico referente à saúde, envolvendo, principalmente, a área de promoção e prevenção e, posteriormente, a de reabilitação e assistencial. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Por outro lado, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de

1990, regulamenta os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias para a participação popular (BRASIL, 1990).

Como aborda a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica engloba atendimento tanto individual quanto coletivo. Os principais fundamentos da Atenção Primária definem-se em: acesso universal, caracterizado como porta de entrada no sistema de saúde; integralidade e longitudinalidade do cuidado.

A ESF surge num momento de reformulação do SUS, que amplia o conhecimento de Atenção Básica, o qual foi criado no Brasil na década de 90 e tem como prioridades as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma holística, unificada e humanizada. Essa assistência se estende desde o atendimento ao indivíduo até a família e comunidade (BRASIL, 2004).

Como princípios gerais a ESF deve apresentar caráter substitutivo, atuar no território, realizar um diagnóstico situacional, ter como foco a família e a comunidade, além de buscar a integração com instituições e organizações sociais. No processo de trabalho, estar sempre atualizando o registro de cadastro das famílias, o território de atuação e mapeamento das microáreas, priorizando os problemas relevantes, trabalho interdisciplinar e em equipe (BRASIL, 2011).

A Equipe de Saúde da Família tem a composição mínima de um médico, um enfermeiro, um odontólogo, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em conjunto, formam uma equipe para o cuidado unificado e holístico em benefício da comunidade, visto que presenciam a realidade do povo e suas ansiedades.

A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, elenca como atribuições do enfermeiro para a Atenção Básica várias premissas, entre elas a assistência integral às famílias no território de abrangência da Unidade de Saúde (devidamente cadastradas), a realização da consulta de Enfermagem, gerenciamento de insumos e funcionamento da Unidade de Saúde, bem como o planejamento das ações e atividades conjuntamente com os outros membros da equipe de saúde.

Ao analisar os tópicos acima, observa-se que a profissão de Enfermagem está diretamente vinculada ao gerenciamento dos estabelecimentos

de saúde na Atenção Básica. Desse modo, para que este gerenciamento seja adequado, fazem-se necessários alguns critérios e habilidades para desenvolver o trabalho com qualidade e resolutividade. Assim, destaca-se o planejamento nas ações dos serviços de saúde como instrumento fundamental para a organização do processo de trabalho em saúde, de modo que seja possível atender às diversas e complexas necessidades de saúde da população.

Enfermagem e Gerência

A Enfermagem compreende um abrangente campo próprio de conhecimentos científicos e técnicos, que foi construído por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas e se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Engloba uma assistência à saúde da pessoa, da família e da coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA, 2007).

De acordo com a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, cabe ao enfermeiro realizar a assistência integral aos indivíduos e familiares, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações dos serviços de saúde.

Um dos papéis do enfermeiro focaliza a liderança que, segundo Smeltzer (2005, p. 15), “é um processo que envolve quatro componentes, tomada de decisão, relacionamento, influência e facilitação. (...) é um processo pelo qual o enfermeiro utiliza as competências interpessoais para realizar a mudança no comportamento dos outros”.

O líder tem a função de determinar, programar, documentar e avaliar todos os tipos de planejamento. Precisa ter a habilidade de promover a motivação e o envolvimento dos atores sociais. A tomada de decisões associada a valores pessoais deve ser evitada, pelos conflitos e ansiedade associados. Portanto, a tomada de decisão precisa ser a favor da beneficência da organização (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Para Marquis e Huston (2005, p. 64), “O planejamento pode ser definido como a decisão antecipada do que fazer; quem fazer, como, quando e onde fazer”. Particularmente, o planejamento estratégico é realizado com a ação de vários atores, os quais levantarão os problemas e atuarão conforme a realidade que os possibilite alcançar o sucesso.

Planejamento Estratégico como instrumento da gerência

Mediante a definição supracitada, é função do enfermeiro o planejamento no serviço de saúde, podendo tal planejamento ser normativo ou estratégico. No trabalho em ESF, busca-se a compreensão do planejamento estratégico situacional.

Para Pedroso (2004), o planejamento se mostra importante antes da ação ser realizada, pois primeiro os objetivos são definidos para posterior tomada de decisão. Mediante esse aspecto, o planejamento precisa ter objetivos claros, bem como ter delimitado um prazo para ser concretizado.

O planejamento em primeira instância serve como demanda do corpo funcional e da organização. “É um processo que direciona a atenção para os objetivos da organização e oferece ao administrador uma forma de controle” (MARQUIS; HUSTON, 2005, p. 63).

Na formulação do planejamento, o gerenciador precisa estabelecer metas e apresentar habilidades de liderança, pois deve conduzir os indivíduos participantes e motivá-los a alcançar as propostas definidas.

Segundo Tancredi, Barros e Ferreira (2013), o planejamento serve para determinar as metas e apoiar as decisões coerentes com a realidade e de interesse da maioria dos integrantes do grupo, para então trabalhar para a concretização dos objetivos.

O ato de planejar envolve o exercício tanto da racionalidade quanto da sensibilidade e propicia a construção de um plano fundamentado para enfrentar situações da atualidade e futuras. “O planejamento pode ser definido como um importante instrumento que favorece fazer escolhas e a elaboração de planos que ajudam a enfrentar os processos de mudança” (MELLEIRO *et al.*, 2005, p. 1).

O planejamento estratégico pode ser dividido em quatro momentos: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. O momento explicativo compreende uma descrição da realidade, correspondendo ao diagnóstico situacional. Neste momento há a interação de todos os participantes para análise dos problemas e as possíveis soluções. Após a

motivação dos atores, ocorre a seleção dos problemas e levantamento das causas de cada um (TANCREDI; BARROS; FERREIRA, 2013).

No momento normativo os atores ficam responsáveis pelos problemas e recursos para desenvolver as atividades programadas. Os atores colocam suas opiniões para a resolução e sempre trabalham com a incerteza, pois precisam estar avaliando e calculando o futuro (MELLEIRO *et al.*, 2005). Os atores selecionam os enigmas e explicam suas causas passando para o momento estratégico, que tem o foco na construção da viabilidade e busca estabelecer o prazo para o plano, além de analisar os atores que estarão trabalhando e que resultados desejam alcançar, como negociar e quais as possibilidades de êxito para sua concretização (TANCREDI; BARROS; FERREIRA, 2013).

O momento tático-operacional consiste em desenvolver o planejamento elaborado, podendo ocorrer modificações mediante mudanças da realidade. Para realização do planejamento local, a Enfermagem precisa conhecer a comunidade antes de determiná-lo (CUBAS, 2005). Esta análise situacional pode ocorrer mediante visitas domiciliares e diagnóstico de saúde do bairro, envolvendo-se com o conselho local de saúde, entre outros.

Quando há o envolvimento da comunidade na elaboração do planejamento, favorece as ações decorrentes da própria realidade, além de comprometer os indivíduos na busca de mudança. Tal questão é coerente com o princípio do SUS, com a efetivação da participação social na resolução dos problemas da Unidade de Saúde, do atendimento e da sociedade, objetivando a melhora da qualidade (SLALINSKI, 2006).

Segundo Gelbcke (2006), o envolvimento dos atores sociais na criação do planejamento possibilita discutir as diferenças e desigualdades relacionadas às instituições de saúde, como também serve para qualificar o atendimento à população.

O planejamento pode ser identificado como uma hierarquização, ficando no topo a missão, sucedida pela filosofia, metas, objetivos, políticas, procedimentos, e, como base, as normas. A missão é a que identifica a razão de existência de uma organização. A filosofia abrange os valores e crenças que orientam os atos da organização. Os valores e filosofias da

sociedade estão diretamente envolvidos no planejamento, pois é nela que o seu resultado surtirá efeito (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Na realização do planejamento eficaz e de qualidade, é preciso utilizar os melhores recursos financeiros e humanos. Para o sucesso e concretização do planejamento, necessita-se de movimentação voltada a metas e objetivos, a qual deve ser flexível e permitir ajustes, além de mudanças de acordo com a realidade. Na formulação, o ideal é envolver os atores, as pessoas e os empregados, uma vez que isso aumentará o compromisso no cumprimento da meta. Os planos precisam ser realistas, já que o planejamento passa por avaliação durante sua realização (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Portanto, é necessária a conscientização da categoria Enfermagem sobre a concepção e importância que o planejamento estratégico tem na organização dos serviços de saúde. É importante a responsabilidade no processo de tomada de decisão e envolvimento de todos os atores sociais de forma a oportunizar e repensar o cuidar, educar e gerenciar.

O planejamento constitui, assim, um instrumento central do trabalho, o qual busca a responsabilidade com as atividades e objetivos das instituições e mobiliza os trabalhadores e comunidade para uma reflexão sobre as situações do cotidiano, além de possibilitar a busca de novas perspectivas para a mudança (MELLEIRO *et al.*, 2005).

Considerações Finais

A atuação como profissional de saúde no gerenciamento de ESF mostra a necessidade de uma orientação quanto ao processo de planejamento estratégico ou participativo, e, diante de uma nova realidade, exige uma atuação participativa e democrática.

O desempenho de enfermeiros de ESF com relação à organização e planejamento em saúde precisa estar articulado ao entendimento da equipe de saúde enquanto sujeito social e haver a participação dos conselhos populares de saúde, sendo fundamental a responsabilidade coletiva nas tomadas de decisão para que haja um planejamento das atividades de forma a alcançar os objetivos que se almejam.

Tal atividade é relevante devido à participação de vários atores; logo, permite um espaço de manifestação em que seja valorizada a comunicação e a linguagem do pensamento coletivo para o planejamento das ações em saúde, ampliando o planejamento estratégico para uma tendência participativa.

Pôde-se averiguar que a utilização de planejamento estratégico em saúde depende muito das posturas e condutas gerenciais por parte do profissional enfermeiro, as quais conduzem ao essencial processo de um planejar participativo e comunicativo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica:** Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 28 mar. 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem:** Resolução COFEN 311/2007. Disponível em: <<http://www.coren-sc.org.br/?c=f&t=6&cod=16>>. Acesso em: 20 set. 2013.

CUBAS, M. R. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, maio/jun. 2005.

GELBCKE, F. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. 3, jun./set. 2006.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MELLEIRO, M. M. et al. O planejamento estratégico situacional no ensino de gerenciamento em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, abr./jun. 2005.

PEDROSO, E. T. **Administração e os novos paradigmas**. Rio de Janeiro: Quality-mark, 2004.

SLALINSKI, L. M.; SCOCHI, M. J.; MATHIAS, T. A. F. A utilização do método altadir de planejamento popular em atividades de estágio curricular. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 75-81, jan./abr. 2006.

TANCREDI, F. B.; BARROS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 05 fev. 2013.

CAPÍTULO 2

Relato de Experiência: A Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Pré-Natal em uma Estratégia de Saúde da Família

Francieli Maragno¹

Patricia Araújo Burato Miguel²

Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões³

Ioná Vieira Bez Birolo⁴

Resumo

Este capítulo relata a experiência de duas enfermeiras residentes pertencentes ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) na atuação como enfermeiras em uma mesma Unidade de Saúde. A escolha da construção de um instrumento para a realização da consulta de Enfermagem no pré-natal surgiu diante da percepção do grande número de gestantes que realizavam pré-natal naquela Unidade de Saúde. A partir da observação, decidiu-se construir um instrumento como forma de implantar a sistemati-

¹Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* fran_maragno@hotmail.com

²Idem. *E-mail:* patriciapatipi@hotmail.com

³Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* pri@unesc.net

⁴Enfermeira. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* ionavieira71@hotmail.com

zação da assistência de Enfermagem à gestante, melhorando a organização do serviço e qualificando a assistência prestada nesse momento tão singular na vida das mulheres. O caminho metodológico deu-se pela elaboração de um protocolo de assistência ao pré-natal, tendo o processo de Enfermagem se baseado na teoria do autocuidado de Dorothea Orem, seguindo o método Ouvir, Tocar, Diagnosticar, Planejar, Intervir e Avaliar (OTDPIA). Os diagnósticos de Enfermagem foram baseados no *North American Nursing Diagnosis Association*.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem. Cuidado Pré-Natal. Saúde da Família.

Introdução

A gravidez constitui um período do ciclo de vida que, na maioria das vezes, pode transcorrer sem alterações na saúde, mas envolve em si uma adaptação caracterizada por complexas transformações fisiológicas, emocionais, interpessoais e sociodemográficas, as quais implicam em um potencial de risco iminente e por isso demanda caráter multidisciplinar de saúde. Nesse contexto, nas últimas décadas, as políticas públicas na área da saúde materno-infantil têm se organizado na ampliação e melhoria da qualidade da assistência obstétrica, vista atualmente sob o enfoque da humanização do pré-natal, parto e nascimento (PEREIRA; BACHION, 2005).

A assistência pré-natal tem por objetivo reduzir a morbimortalidade materno-fetal por meio da disponibilização de exames clínicos e laboratoriais à gestante durante a realização das consultas de pré-natal, as quais permitem identificar situações de risco e agir precocemente (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde instituiu no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. Esse programa estabeleceu o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, elencando também exames laboratoriais e ações de Educação em Saúde, trazendo a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade

com os modelos empregados internacionalmente (SILVA; CECATTI; SER-RUYA, 2005).

Atualmente, a política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), intitulada Rede Humaniza SUS, traz em sua essência as diretrizes para humanização da assistência de saúde no país. Na área obstétrica, integra os princípios dos programas de saúde que fundamentam o processo de mudança do paradigma de assistência à gestação e ao parto (BRASIL, 2013).

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas (PEREIRA; BACHION, 2005).

A habilidade de raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro para diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde e processos de vida reais ou potenciais consiste no Diagnóstico de Enfermagem. A taxonomia de diagnósticos de Enfermagem reconhecida oficialmente no mundo e bem difundida no Brasil é a da *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA (NANDA, 2010).

Os problemas de saúde do cliente, quando classificados à luz de uma taxonomia, possibilitam a utilização de uma linguagem padronizada para melhor comunicar os fenômenos de interesse da prática da Enfermagem, além de nortear a tomada de decisão, seleção de intervenções de Enfermagem individualizadas, documentação e avaliação do cuidado (PEREIRA; BACHION, 2005).

Investigar as respostas do organismo materno na gestação e os problemas reais ou potenciais demanda, na maioria das vezes, a aproximação do enfermeiro com a gestante em dimensões mais subjetivas, aumentando a interação, desenvolvendo a confiança, aumentando a credibilidade da Enfermagem e gerando bases para a assistência mais humanizada e de melhor qualidade por meio da prática da consulta de Enfermagem e todas as prerrogativas nela implícitas, como diagnosticar e prescrever ações de competência da profissão, para alcançar os resultados pelos quais a Enfermagem é responsável (PEREIRA; BACHION, 2005).

Metodologia

O caminho metodológico deu-se pela elaboração de um protocolo de assistência ao pré-natal, tendo o processo de Enfermagem se baseado na teoria do autocuidado de Dorothea Orem, seguindo o método Ouvir, Tocar, Diagnosticar, Planejar, Intervir e Avaliar (OTDPIA).

- **Primeiro Momento:**

Referencial teórico: consistiu no levantamento de protocolos do Ministério da Saúde por meio de pesquisa eletrônica.

- **Segundo Momento:**

Discussão em grupo: nessa etapa, as residentes abordaram as fases da consulta de Enfermagem, tendo uma visão ampliada para a prática na ESF, elencando, posteriormente, tópicos dos protocolos pesquisados, os quais poderiam ser utilizados na formulação de um novo protocolo, mediante a descrição da realidade local na assistência ao pré-natal.

- **Terceiro Momento:**

Elaboração do protocolo: as residentes formularam o protocolo de assistência às gestantes a partir do método OTDPIA, subdividido de acordo com os trimestres, ou seja, primeiro, segundo e terceiro trimestre, sendo os diagnósticos de Enfermagem baseados na NANDA.

Relato de Experiência

O presente relato de experiência da sistematização da assistência de Enfermagem ao pré-natal foi desenvolvido em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município de Santa Catarina, no período de agosto de 2011 a maio de 2012, e teve como objetivo qualificar a consulta de Enfermagem às gestantes da ESF. Nesse sentido, as residentes de Enfermagem da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) buscaram novos caminhos para

a Educação em Saúde ao pré-natal e reorganização do serviço de Enfermagem na atenção à gestante.

Na primeira consulta, foi necessário um tempo maior devido ao preenchimento do cartão da gestante com os dados de identificação, além do cadastramento no programa de Sistema de Informação em Saúde Pré-Natal (SIS Pré-Natal). Em todas as consultas foi necessário o cálculo da data provável do parto e da idade gestacional, que ocorreu pela data da última menstruação. Também ocorreu a verificação da presença de edema, avaliação do estado nutricional e o registro e aferições do peso, altura e pressão arterial, os quais foram realizados pela auxiliar/técnica de Enfermagem durante a pré-consulta.

A primeira consulta apresentou os seguintes passos:

1. Ouvir: Momento em que a gestante é questionada a respeito de seus dados de identificação, antecedentes pessoais, hábitos, antecedentes familiares, ginecológicos e obstétricos e história obstétrica atual.
2. Tocar: Fase em que é realizado o exame físico da gestante, o qual deve ser geral e completo, realizado em sentido céfalo-caudal, com ênfase nos aspectos ginecológicos e obstétricos.
3. Diagnosticar: Etapa em que se realiza o diagnóstico de Enfermagem. Para isso, fez-se um levantamento dos principais diagnósticos encontrados em gestantes e elaborou-se uma tabela baseada nos diagnósticos de Enfermagem da NANDA.
4. Planejar: Etapa em que são realizados os planejamentos. As prescrições de Enfermagem são realizadas mediante os diagnósticos de Enfermagem encontrados, além da listagem dos cuidados específicos de cada trimestre de gestação. Os planos e prescrições são entregues às gestantes em folha impressa.
5. Intervir: Se houver necessidade, fazem-se as intervenções, sendo estas baseadas nas necessidades evidenciadas e/ou referidas.
6. Avaliar: As avaliações são realizadas nas consultas de Enfermagem subsequentes, observando em conjunto com a gestante o seguimento das prescrições e planos de Enfermagem. Além disso, as avaliações acontecem mensalmente, durante as consultas

de pré-natal e visitas domiciliares das Agentes Comunitárias de Saúde. Ao término de cada consulta de pré-natal, é realizado o agendamento das consultas subsequentes. Nas consultas subsequentes faz-se necessário a revisão dos dados da primeira consulta, com o desenvolvimento do exame físico novamente e realização da Avaliação dos planejamentos e intervenções.

As residentes também tiveram a oportunidade de incluir a padronização dos procedimentos e condutas que devem ser sistematicamente realizados e avaliados em toda consulta pré-natal, como o cálculo da idade gestacional, avaliação do estado nutricional, determinação do peso materno, controle da pressão arterial, verificação da presença de edema, medida da altura uterina/acompanhamento do crescimento fetal, ausculta dos batimentos cardíacos e determinação de peso fetal.

Além disso, elas elencaram os encaminhamentos complementares, os quais foram verificados durante as consultas de Enfermagem na assistência pré-natal: referência para atendimento odontológico, referência para atendimento de imunização (vacinas, quando indicado), referência para práticas educativas coletivas (grupo de gestantes e grupo Viva Melhor, existentes na ESF, os quais foram formados em parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF) e referência para serviços especializados na mesma unidade ou em unidade de maior complexidade (quando indicado).

Considerações Finais

Os resultados obtidos após a implantação do protocolo como sistematização da assistência de Enfermagem ao pré-natal revelaram-se positivos. Percebeu-se um melhor direcionamento na qualidade do atendimento oferecido, além dos vínculos estabelecidos entre enfermeira e gestante. Também houve maior confiabilidade por parte das gestantes. Estas passaram a receber o cuidado de Enfermagem preconizado durante sua assistência ao pré-natal, podendo compartilhar suas dúvidas e aflições. A sistematização possibilitou à equipe uma visão integrada do cuidado à mulher gestante e da importância

da consulta de Enfermagem. Diante de uma análise crítica, as enfermeiras residentes, na tentativa de superar as dificuldades com a ausência da sistematização ao pré-natal na ESF, conseguiram avançar perante a equipe, no sentido de estabelecer um processo de trabalho dinâmico e organizacional. Além disso, procurou-se, a todo o momento, manter um diálogo simples com as gestantes, possibilitando a criação de uma atmosfera ética e de confiança, respeitando sempre a privacidade das mesmas.

A implantação da sistematização de Enfermagem ao pré-natal possibilitou a ampliação de conhecimento e garantia de cidadania à gestante, incentivo e aumento da qualidade de assistência à gestante, comunicação efetiva, organização do processo de trabalho e reconhecimento do papel do enfermeiro perante a equipe de saúde e gestantes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em: 20 maio 2013.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação - 2009/2011**. Tradução de Jane Liliane M. Michel. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 6, p. 659-664, 2005.

SILVA, J. L. P.; CECATTI, J. G.; SERRUYA, S. J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, p. 103-105, 2005.

CAPÍTULO 3

Avaliação da Assistência Farmacêutica em Unidades de Estratégia de Saúde da Família de um Município do Sul de Santa Catarina

Raisla Martins de Souza¹

Larissa de Oliveira²

Angela Erna Rossato³

Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões⁴

Indianara Reynaud Toreti Becker⁵

Resumo

A aplicação de indicadores para a avaliação das ações desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica nos municípios é uma estratégia de organização da atenção e gestão em saúde. O objetivo deste capítulo é avaliar as atividades

¹Acadêmica. Curso de Farmácia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* claudia.mmartins@bol.com.br

²Farmacêutica. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* larissa.oliveira88@gmail.com

³Farmacêutica. Professora do curso de Farmácia da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Grupo de Extensão e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (GEPAF) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* aer@unesc.net

⁴Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* pri@unesc.net

⁵Farmacêutica. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* irt@unesc.net

de Assistência Farmacêutica realizadas em Unidades de Saúde da Família de um município do sul de Santa Catarina. Trata-se de um estudo exploratório, transversal, de caráter descritivo, utilizando como técnica de coleta de dados a observação participante e a entrevista estruturada. Para a avaliação foram utilizados indicadores de acesso, qualidade e uso racional de medicamentos, seguindo a metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. Em 55% das unidades pesquisadas, houve registro de movimentação de estoque e 83,6% dos medicamentos estavam disponíveis. A presença de medicamentos vencidos foi verificada em 36% das unidades. Quanto às condições de armazenamento, o resultado foi de 65,08% no almoxarifado/estoque e 62,14% na área de dispensação. Os indicadores de uso racional demonstraram que 94,12% dos medicamentos estocados estavam adequadamente rotulados; 66,62% das prescrições estavam preenchidas corretamente e a média de medicamentos por prescrição foi de 1,78. 21,25% dos pacientes entrevistados possuíam prescrição com antibióticos. Foram dispensados ou administrados 63,30% dos medicamentos prescritos e 81,25% dos pacientes relataram utilizar os medicamentos conforme a prescrição. Do total de medicamentos prescritos, 68% estavam contemplados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, 75,25% na Denominação Comum Brasileira ou Denominação Comum Internacional e 82% das unidades continham a lista municipal de medicamentos essenciais disponíveis para consulta. Os resultados demonstram a ausência de padronização nas atividades de Assistência Farmacêutica realizadas no município, e diferentes realidades nos serviços realizados, além da inexistência de padronização quanto à estrutura física necessária ao correto armazenamento de medicamentos nas unidades, bem como em relação às atividades afins, indicando a necessidade de que as práticas realizadas sejam aprimoradas, buscando-se a excelência nos processos citados e avaliados.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Estratégia de Saúde da Família. Acesso a medicamentos. Uso racional de medicamentos. Saúde Coletiva.

Introdução

O acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde está previsto no Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Está incluída no campo de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1988).

A importância dos medicamentos na resolutividade das ações de saúde foi expressa na Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos. Tal política define prioridades e indica rumos e linhas estratégicas para o alcance do acesso e uso racional de medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998).

São considerados medicamentos essenciais os que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde básica da maioria da população. Estes são selecionados de acordo com a sua relevância na Saúde Pública, evidência sobre a eficácia e segurança e estudos comparativos de custo efetividade (BRASIL, 1998; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONE, 2008).

A Assistência Farmacêutica (AF) é o conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais da saúde (CORDEIRO; LEITE, 2008) que, segundo a Resolução 338:

Trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004, p. 1).

Complementarmente a este conceito, convém também mencionar o ciclo da Assistência Farmacêutica, que trata da sua organização sob o enfo-

que sistêmico, compreendendo a seleção dos medicamentos necessários a uma população, à programação das necessidades desta, à aquisição dos produtos, após seu armazenamento, à sua distribuição às Unidades de Saúde e à sua utilização, que inclui a prescrição, a dispensação e o uso dos medicamentos (CORDEIRO; LEITE, 2008). Desta forma, o termo Assistência Farmacêutica tem como objetos de trabalho serviços relacionados ao medicamento e envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial (MARQUES, 2008).

A ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização da Assistência Farmacêutica, dentro do SUS, de maneira a garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais, aumentando a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e ao mesmo tempo minimizando custos (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONE, 2008). Desta forma, tornou imprescindível e prioritária a organização da Assistência Farmacêutica com ênfase na Saúde Pública.

Assim, a Assistência Farmacêutica não pode ser vista como mera aquisição e distribuição de medicamentos, mas sim como parte integrante das ações de saúde com enfoque amplo, que incorpora a multidisciplinaridade à integralidade em todos os seus momentos. No entanto, a realidade demonstra que nos serviços públicos de saúde predomina uma “situação de desordem”, que resulta em uso inadequado ou irracional de medicamentos, perdas significativas e prejuízos financeiros (DUPIM, 1999).

Com o intuito de aumentar a capacidade gerencial no âmbito estadual e municipal, tem ocorrido nos últimos anos o incentivo ao processo de descentralização da Assistência Farmacêutica de forma estruturada e organizada. Além disso, o Ministério da Saúde tem intenção de fomentar a incorporação da avaliação dentro do processo de gerência, de forma que a tomada de decisões esteja baseada em evidências objetivas, que permitam acompanhar a eficácia e eficiência dos investimentos realizados e estratégias de melhorias (BRASIL, 2005). O acompanhamento e a avaliação desses processos e seus resultados são fundamentais. No entanto, tais mudanças têm sido pouco documentadas e avaliadas (BRASIL, 2005).

Com o intuito de avaliar a Assistência Farmacêutica no Brasil, o Ministério da Saúde utiliza um conjunto de indicadores propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os quais fornecem dados quantitativos sobre o acesso e uso racional de medicamentos, possibilitando a identificação de possíveis causas para os problemas encontrados na Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

Diante disso, o presente capítulo apresenta a avaliação das atividades de Assistência Farmacêutica realizadas nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família de um município do sul do estado de Santa Catarina por meio de indicadores relacionados ao acesso, qualidade e uso racional de medicamentos propostos pela OMS (BRASIL, 2005).

Metodologia

Este capítulo, em forma de artigo, apresenta um estudo realizado em um município da região Sul do estado de Santa Catarina e está vinculado ao Programa de Educação pelo Trabalho (PET Saúde). O serviço de Atenção Básica municipal é constituído por 58 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 28 possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF). A amostra foi constituída por 11 Unidades de Saúde da Família, sendo o critério de inclusão a presença de acadêmicos do PET Saúde.

Trata-se de um estudo exploratório transversal, de caráter descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do local onde foi realizada a pesquisa, que utilizou como técnica de coleta de dados a observação participante e a entrevista estruturada. Para avaliação da Assistência Farmacêutica foi utilizado o método de avaliação rápida (MAR), proposto pela OMS, adaptado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Foram avaliados indicadores referentes ao atendimento ambulatorial e dispensação de medicamentos relacionados ao acesso, qualidade e uso racional de medicamentos.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro/2009 e março/2010, com o auxílio de formulários preenchidos por meio da observação direta e entrevista estruturada com os usuários e funcionários das Unidades de Saúde da Família do município. Foram entrevistados 30 usuários (n=330) e realizadas 60 prescrições (n=660) por Unidade de Saúde da Família conforme metodologia proposta (BRASIL, 2005).

Resultados

Três dos indicadores utilizados para avaliação da Assistência Farmacêutica estão relacionados ao acesso a medicamentos e sua disponibilidade: disponibilidade dos medicamentos principais, existência de registro de controle de estoque e tempo médio de desabastecimento. Em relação à disponibilidade de medicamento, 83,6% dos medicamentos estavam disponíveis, resultado este que variou de 26,7% (ESF₁) a 100% (ESF₂, ESF₃, ESF₆, ESF₇, ESF₈). Nas ESF analisadas, 55% (n=6) apresentaram registro de movimentação de estoque (ESF₁, ESF₃, ESF₄, ESF₅, ESF₇ e ESF₁₁). Quanto ao tempo médio de desabastecimento, apenas quatro unidades (ESF₁, ESF₃, ESF₄ e ESF₅) realizaram tais registros. Nestas unidades, o tempo médio de desabastecimento variou entre zero (ESF₄) e 12 dias (ESF₁). Observamos que dentre as unidades que possuíam registro de controle de estoque, duas não registraram o tempo médio de desabastecimento (ESF₇ e ESF₁₁).

A qualidade dos medicamentos foi avaliada por meio de dois indicadores: existência de medicamentos vencidos em estoque e condições adequadas de armazenamento. A existência de medicamentos vencidos em estoque foi verificada em 36% das ESF (n=4). Os medicamentos vencidos encontrados variaram entre 6,7% (ESF₃ e ESF₆) e 53,3% (ESF₂).

As condições de armazenamento de medicamentos foram analisadas na área de armazenamento (almoxarifado/estoque) e na área de dispensação, uma vez que a maioria das unidades (n=8) apresentou medicamentos estocados em ambos os locais. Foram considerados para avaliação 14 critérios de boas práticas de armazenagem. O indicador condições de armazenamento

no almoxarifado/estoque ($n=9$) apresentou média de 65,08%, variando entre 42,86% (ESF_9) e 78,57% (ESF_2). Na área dispensação ($n=10$), a média obtida foi de 62,14%, com variação entre 28,57% (ESF_4) e 85,71% (ESF_9). Pôde-se observar que 94,12% dos medicamentos estocados nas ESF estavam adequadamente rotulados.

Das prescrições analisadas, 66,62% estavam preenchidas corretamente e de forma completa. A média de medicamentos por prescrição entre as ESF analisadas foi de 1,78, variando de um a dois medicamentos por prescrição. Dos pacientes entrevistados, 21,25% possuíam prescrição com antibióticos, com variação entre 0% (ESF_{11}) e 50% (ESF_7). Foram dispensados ou administrados 63,30% dos medicamentos prescritos, com variação entre 24,36% (ESF_{11}) e 99% (ESF_3). Os pacientes foram questionados sobre o modo como utilizavam os medicamentos, sendo que 81,25% deles relataram que os utilizavam conforme a prescrição. Este resultado variou entre 60% (ESF_6) e 95% (ESF_4 e ESF_{11}).

Do total de medicamentos prescritos, 68% estavam contemplados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com variação de 50% (ESF_{11}) a 86% (ESF_7). Foram prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI) 75,25% dos medicamentos, resultado este que variou entre 61,54% (ESF_{11}) e 97,03% (ESF_5). A lista municipal de medicamentos essenciais estava disponível para consulta em 82% das ESF analisadas.

Discussão

O acesso a medicamentos pode ser definido como:

Relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado (FIGUEIREDO; PEPE; CASTRO, 2010, p. 7).

Assim, o acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde, sendo um determinante importante

do cumprimento do tratamento prescrito. A falta de acesso a medicamentos é uma das causas do retorno frequente dos consumidores (pacientes) aos serviços de saúde (PANIZ *et al.*, 2008).

Um dos determinantes do acesso é a disponibilidade de medicamentos, entendida como a relação entre a quantidade ofertada em relação à necessidade real dos usuários (CHAVES *et al.*, 2005). Neste quesito, o resultado observado (83,6%) é maior que a média nacional encontrada, de 73,0% (BRASIL, 2005). No entanto, a análise individual da disponibilidade de medicamentos entre as ESF demonstra discrepância entre os resultados obtidos. Enquanto algumas unidades disponibilizaram 100% dos medicamentos, uma das unidades disponibilizou apenas 26,7% (ESF₁). Esta mesma Unidade de Saúde realizou o registro de movimentação de estoque e apresentou tempo médio de desabastecimento elevado (12 dias). Este resultado pode estar relacionado a falhas de gerenciamento por parte da equipe de saúde ou por falhas no sistema de distribuição e aquisição de medicamentos em âmbito municipal.

O sistema de controle de estoque é utilizado para o registro de todas as movimentações de entrada e saída de materiais e acompanhamento do saldo deste como subsídio para a realização da programação de medicamentos. Assim, a programação de medicamentos deve levar em consideração a demanda atendida e não atendida, ou seja, deve considerar também o tempo médio de desabastecimento. Quando o controle de estoque é realizado de forma errada ou não é realizado, podem ocorrer erros na programação, gerando falta ou excesso de medicamentos e materiais (FAVARETTO; DROHOME-RETSKI, 2011). Os resultados observados em nossa casuística demonstraram que, embora algumas unidades realizem controle de estoque, nem sempre o tempo médio de desabastecimento é registrado, podendo comprometer a programação, gerando indisponibilidade de medicamentos. Outro fator que levanta suspeita sobre a qualidade dos registros de controle realizados é a existência de medicamentos vencidos.

Assim, é necessária uma análise mais detalhada dos registros de movimentação de estoque pelas unidades, a fim de verificar a eficácia deste procedimento. Um fator observado, prejudicial a essa atividade, é a ausência de informatização da rede de serviços municipal, a qual é realizada manualmente.

A existência de medicamentos vencidos em estoque (36%) revelou-se um fator preocupante, uma vez que o sistema de saúde deve garantir à população medicamentos de qualidade. O uso do medicamento fora do prazo de validade pode tornar o tratamento inseguro e inadequado, ou seja, sem eficácia e nocivo à saúde. A variação observada entre as ESF reflete diferentes realidades nos serviços realizados, podendo estar relacionada à falta de padronização das atividades de assistência farmacêutica municipal ou até mesmo ao desempenho da equipe de saúde na realização das atividades (COSENDEY, 2000; BERNADI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006; CORREIA *et al.*, 2009).

Em relação à rotulagem de medicamentos, 94,12% dos medicamentos estocados nas ESF estavam adequadamente rotulados. A rotulagem adequada contém informações que possibilitam a identificação do medicamento durante sua dispensação e uso, o armazenamento adequado dos produtos, o rastreamento do medicamento, da sua fabricação até o consumo e orientações quanto ao seu uso seguro. Além disso, traz informações sobre os benefícios e riscos envolvidos, a data de validade do produto, bem como os cuidados a serem tomados, garantindo o uso racional e tratamento medicamentoso adequado (BRASIL, 2011). Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 71, de 22 de dezembro de 2009, todas as informações incluídas nos rótulos devem ser dispostas com dimensões necessárias à fácil leitura visual e devem ser redigidas de modo a facilitar o entendimento do paciente (BRASIL, 2009).

O armazenamento de medicamentos tem por objetivo garantir sua integridade, mantendo sua estabilidade química, física, microbiológica, terapêutica e toxicológica, tendo em vista que os fatores intrínsecos e extrínsecos são determinantes na qualidade dos fármacos (BERNADI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006). Os resultados de nossa amostra demonstraram que não existe um padrão quanto à estrutura física necessária ao correto armazenamento de medicamentos nas unidades, bem como em relação às atividades afins. O armazenamento adequado inclui controle de estoque, adesão às boas práticas de armazenamento e administração dos depósitos. Aspectos relacionados à segurança, ventilação adequada, limpeza (todas as instalações devem ser de fácil limpeza e conservação), condições ambientais para garantir a conservação dos medicamentos e circulação (o local deve estar disposto em um só plano, contando com divisões e portas que favoreçam a circulação) também devem ser garantidos (COSENDEY, 2000).

Os resultados encontrados nas unidades analisadas demonstraram uma disparidade nas condições de armazenamento. Enquanto algumas ESF apresentaram condições de armazenamento aceitáveis, outras revelaram condições de armazenamento ruins, com ausência de espaço físico, medicamentos em contato com o piso e paredes, incidência de luz direta sobre os medicamentos, presença de umidade, ausência de controle de temperatura, falta de prateleiras e/ou seu mau estado de conservação e inexistência de padronização na ordem de armazenamento dos medicamentos.

A prescrição médica aborda um documento legal pelo qual se responsabilizam aqueles que prescrevem, dispensam e administram os medicamentos, sendo importante indicador da potencialidade do uso racional de medicamentos. Tal indicador tem o intuito de verificar a qualidade da prática de prescrição médica, averiguando se esta contém as informações mínimas necessárias para que o paciente possa ter o conhecimento adequado para utilizar os medicamentos (BRASIL, 2005). Assim, é de extrema importância que as receitas médicas sejam preenchidas de maneira correta e de forma completa, que a prescrição seja legível e que obedeça aos preceitos estabelecidos na legislação sanitária, a fim de facilitar a compreensão e uso pelo paciente (FIGUEIREDO; PEPE; CASTRO, 2010). Os resultados encontrados em nossa casuística demonstraram a existência de prescrições preenchidas de maneira incorreta (33,38%), o que pode levar a erros de utilização dos medicamentos e dificultar a dispensação dos mesmos.

Além do correto preenchimento, outro indicador relacionado à qualidade das prescrições é o número de medicamentos prescritos. Este indicador tem como objetivo verificar condutas de prescrição de medicamentos, contribuindo para a formulação e o desenvolvimento de estratégias de promoção do seu uso racional (BERNADI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006). Uma prescrição com poucos medicamentos indica uma boa terapêutica e um tratamento medicamentoso que será realizado pelo paciente mais facilmente e de forma correta. A média de medicamentos por prescrição nas ESF analisadas foi de 1,78, sendo indicativo de racionalidade, uma vez que a OMS preconiza como aceitável até dois medicamentos por prescrição (BRASIL, 2005).

Com relação à prescrição de antibióticos, a proporção encontrada (21,25%) apresentou-se abaixo da média nacional (40,1%) (BRASIL, 2005).

Prescrições médicas com poucos medicamentos antimicrobianos evitam o uso irracional destes, minimizando os riscos a que estão submetidos os pacientes, além de reduzirem a emergência de cepas resistentes e contribuírem para a utilização mais custo/efetiva de tais medicamentos (PETRY; PLETSCHE; FERRAZA, 2008). No entanto, nosso estudo não avaliou se a indicação de antimicrobianos foi realizada com uma avaliação mais criteriosa, como o antibiograma.

O uso racional de medicamentos exige, além de prescrição adequada, que os pacientes saibam utilizá-los conforme prescrição (FIGUEIREDO; PEPE; CASTRO, 2010). Embora 81,25% dos pacientes entrevistados tenham afirmado utilizar os medicamentos prescritos de maneira correta, não é possível afirmar que fizeram uso racional dos mesmos.

As legislações vigentes garantem ao usuário o acesso aos medicamentos essenciais (Política Nacional de Medicamentos de 1998 e Política Nacional de Assistência Farmacêutica de 2004) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004). Tal acesso está condicionado a padronizações de medicamentos em âmbito municipal, de acordo com as condições epidemiológicas existentes (MARIN *et al.*, 2003). A RENAME é um instrumento norteador no processo de padronização de medicamentos, uma vez que estabelece medicamentos eficazes, seguros e custo-efetivos para as condições de saúde do país (GUERRA *et al.*, 2004). Embora 68% dos medicamentos prescritos estejam contemplados na RENAME, é preciso verificar se são considerados na padronização municipal. No entanto, o fato de que apenas 63,30% das prescrições de nossa amostra tenham sido atendidas na íntegra, isso pode estar relacionado, além de falhas gerenciais vinculadas ao abastecimento das unidades, à existência de medicamentos prescritos fora da padronização municipal. É importante considerar ainda que a prescrição de medicamentos pelo nome comercial, evidenciada em nosso estudo, também dificulta o acesso.

A quantidade de medicamentos prescritos pela DCB e/ou DCI nas ESF avaliou a observância da norma legal, que determina que todas as aquisições e prescrições feitas no âmbito do Sistema Único de Saúde devem ser feitas por meio da DCB ou, na sua falta, pela DCI, podendo assim avaliar a extensão do conhecimento e do cumprimento da legislação pelos prescritores desse sistema vigente (BRASIL, 1999).

Considerações Finais

Muitos são os fatores que comprometem a qualidade da Assistência Farmacêutica no município estudado. Os resultados demonstram diferentes realidades nos serviços realizados e inexistência de padronização quanto à estrutura física necessária ao correto armazenamento de medicamentos nas unidades, bem como em relação às atividades afins, indicando a necessidade de que as práticas realizadas sejam aprimoradas, buscando a excelência nos processos citados e avaliados.

Entretanto, a qualificação das atividades de AF requer investimentos, profissionais capacitados, e que tenham condições adequadas para o bom desempenho da sua profissão, como também formação continuada de suas atividades. Assim, podemos esperar a melhora da organização e da gestão da Assistência Farmacêutica, bem como de sua função social de assegurar o acesso universal e igualitário dos usuários do SUS à AF de qualidade e com responsabilidade por parte dos seus responsáveis.

Referências

BERNADI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 73-83, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica aprovada pela Resolução nº 338, de 06 de Maio de 2004**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.

_____. Lei nº 9.787/99, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 11 fev. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS. **Série de medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Perguntas frequentes sobre rotulagens de medicamentos**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 20 set. 2011.

_____. **RDC nº 71, de 22 de dezembro de 2009**. Estabelece regras para a rotulagem de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0071_22_12_2009.html>. Acesso em: 22 set. 2011.

CHAVES, G. C. et al. Indicadores de uso racional de medicamentos e acesso a medicamentos: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 86, n. 3, p. 97-103, 2005.

CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N. **O farmacêutico na atenção à saúde**. Itajaí: Ed. Univali, 2008.

CORREIA, A. R. F. et al. Definição de Indicadores para Avaliação da Assistência Farmacêutica na Rede Pública de Fortaleza-Ceará (Brasil) baseada em Métodos de Consenso. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 28, n. 3, p. 366-374, 2009.

COSENDEY, M. A. E. **Análise da implantação do programa farmácia básica**: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. 2000. 366 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

DUPIM, J. A. A. **Assistência farmacêutica**: um modelo de organização. Belo Horizonte: Segrac, 1999.

FAVARETTO, F.; DROHOMERETSKI, E. Análise de problemas no controle de estoque decorrentes de erros nos registros de saída. In: SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS, 14, 2011, São Paulo, SP. **Anais...** São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2011. Disponível em: <http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2011/artigos/E2011_T00030_PCN59353.pdf>. Acesso em: 27 set. 2011.

FIGUEIREDO, T. A.; PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 101-118, 2010.

GUERRA, J. R. A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 15, n. 3, p. 168–175, 2004.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARQUES, L. A. M. **Atenção farmacêutica em distúrbios menores**. São Paulo: Medfarma, 2008.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONE, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, 2008.

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008.

PETRY, R. D.; PLETSCH, M. U.; FERRAZA, M. Considerações sobre os medicamentos dispensados pelo SUS no município de Garruchos-RS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 3, p. 503-508, 2008.

CAPÍTULO 4

Inserção do Cirurgião-Dentista ao Tratamento do Paciente Diabético na Saúde Pública

Felipe Cechinel Veronez¹

Renan Antônio Ceretta²

Fernanda Guglielmi Faustini Sônego³

Resumo

O Diabetes *Mellitus* é uma doença metabólica sistêmica crônica caracterizada por deficiência parcial ou total da síntese do hormônio insulina pelas células pancreáticas, ocasionando, assim, modificações no metabolismo de proteínas, gorduras, sais minerais e, principalmente, da glicose. Dentre as alterações provocadas por ele estão as lesões aos tecidos de suporte, periodonto e dental. Há uma associação íntima entre essas lesões e os pacientes diabéticos, levando a um prejuízo na saúde bucal. A inflamação gerada no ambiente bucal tem a tendência de prejudicar a manutenção da saúde do indivíduo, tornando a ausência do tratamento odontológico uma avaria tanto para a saúde bucal quanto para a saúde sistêmica. Considerando o número crescente de pacientes portadores dessa enfermidade crônica não transmitida e suas manifestações em todo organismo, a saúde pública deve voltar seus olhos para um trabalho

¹Cirurgião-Dentista. Especialista em Atenção Básica/Saúde da Família na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* felipeveronez@gmail.com

²Cirurgião-Dentista. Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* rce@unesc.net

³Cirurgião-Dentista. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* fgfsonego@unesc.net

multiprofissional e não fragmentando como vem apresentando. Este capítulo busca apresentar informações a respeito da interação do Diabetes *Mellitus* e saúde periodontal, apontando as deficiências dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o cirurgião-dentista ainda está excluído, por diversos fatores, dos protocolos de tratamento ao paciente diabético. Conclui-se que alguns paradigmas e visões devem ser alterados para um tratamento realmente integral e universal aos pacientes diabéticos que buscam atendimento no serviço público de saúde brasileiro.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Odontologia. Periodontia. Saúde Coletiva.

Introdução

O Diabetes *Mellitus* (DM) é considerado um grave problema de saúde pública por atingir amplas parcelas da população, não distinguindo classe social ou econômica.

Muito se tem estudado a respeito das manifestações crônicas dessa doença sistêmica, dentre elas as manifestações bucais. É constante a ocorrência da associação entre doenças periodontais e pacientes diabéticos. Estudos demonstram as consequências aos tecidos de suporte dental quando há falta de tratamento do Diabetes *Mellitus*, e também a ligação direta que a inflamação periodontal pode acarretar ao controle glicêmico do paciente diabético.

Um dos alicerces principais do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade. Dentro do contexto do paciente diabético, é necessário analisar a inserção do cirurgião-dentista nos protocolos de tratamento deste paciente, pois, normalmente, ele é referenciado somente quando há necessidade urgente para o tratamento e não para uma abordagem preventiva. Considerando que as manifestações da doença ocorrem em todo o organismo, uma abordagem multiprofissional se faz necessária.

Nesse contexto, o presente capítulo apresenta uma revisão de literatura de forma a elucidar a contribuição e a inserção do cirurgião-dentista no tratamento do paciente diabético no serviço público de saúde.

Diabetes Mellitus

O DM é responsável por grande parte da morbidade e mortalidade mundial. Constitui-se um sério problema de saúde na atualidade, atingindo amplas parcelas da população, sendo uma das grandes epidemias mundiais do século XXI. Mais de 135 milhões de pessoas são portadoras da doença, com estimativas de 300 milhões de casos para 2030, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (MOORE; ZGIBOR; DASANAYAKE, 2003).

Tal característica não se mostra diferente em nosso continente, pois as doenças crônicas não transmissíveis representam a primeira causa de mortalidade prematura na América Latina. No ano 2000, essas doenças representaram 62,9% da mortalidade no continente americano (MACHADO, 2002).

O DM é uma doença metabólica sistêmica crônica caracterizada pela deficiência parcial ou total da síntese do hormônio insulina pelas células pancreáticas, ocasionando, assim, modificações no metabolismo de proteínas, gorduras, sais minerais e, principalmente, da glicose. A produção insuficiente de insulina resulta em diminuição no transporte de glicose para o interior das células, elevando a taxa de glicose no sangue. A incapacidade de absorção do excesso de glicose pelos rins resulta em glicosúria, poliúria, polidipsia, polifagia, falência de órgãos, insuficiência vascular periférica, que, por sua vez, provoca distúrbios de cicatrização e alterações fisiológicas os quais diminuem a capacidade imunológica, sintomas estes específicos do paciente diabético (MAIA *et al.*, 2005; BRASIL, 2006).

Diabetes *Mellitus* X Doença Periodontal

O Diabetes *Mellitus* favorece o acometimento de diversas patologias bucais: xerostomia, glossodinia, distúrbios de gustação, candidíase oral, queilite angular, doença periodontal, entre outras (GRANT-THEULE, 1996).

As doenças periodontais estão entre as doenças crônicas mais comuns em humanos, afetando de 5% a 30% da população adulta de 25 a 75 anos de idade. Cury *et al.* (2003) afirmam que as doenças periodontais são entidades multifatoriais, iniciadas pela placa bacteriana específica, a qual ativa mecanismos teciduais inflamatórios e imunológicos e conduzem à destruição dos tecidos periodontais. Segundo Lindhe (1997), a doença periodontal é clinicamente caracterizada pela alteração da cor e da textura gengival, pelo aumento na tendência ao sangramento e, em estágios mais avançados, frequentemente, associada à mobilidade e à migração dentária.

Os tecidos de suporte dental são as estruturas bucais mais afetadas pelo DM. A OMS considera a doença periodontal como a sexta complicação crônica do distúrbio metabólico causada pelo diabetes, presente em aproximadamente 75% dos casos, podendo ser considerada uma complicação microvascular do diabetes, sendo necessária uma estratégia terapêutica unificada no restabelecimento da saúde (GRANT-THEULE, 1996; SILVA *et al.*, 2010).

Em um estudo realizado em Belo Horizonte (MG), que considerou uma amostra de 300 pacientes portadores de Diabetes *Mellitus*, foram revelados agravos na saúde bucal, pois somente 9,7% dos pacientes avaliados não apresentaram nenhuma alteração clínica associada à saúde periodontal (SILVA *et al.*, 2010).

Como uma via de duas mãos, pesquisadores relacionam a doença periodontal como um empecilho ao adequado controle metabólico. A presença de infecções, como a doença periodontal, leva à estimulação da resposta inflamatória, resultando em situação de estresse, que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, piorando o controle do diabetes. Desse modo, o cirurgião-dentista torna-se fundamental na equipe multiprofissional que atende ao paciente.

A literatura atual sugere que a doença periodontal pode agravar as doenças cardiovasculares e induzir partos prematuros, além de ser uma possível causa de endocardite bacteriana, pneumonias e abscessos cerebrais. Enfatiza-se o tratamento dentário tanto para a saúde bucal como para a saúde sistêmica, integralizando, dessa forma, a Odontologia à Medicina (MAIA *et al.*, 2005; SILVA *et al.*, 2010).

O Diabetes é considerado por Roinsblit e Paszucki (1997) como um dos fatores sistêmicos que agrava a resposta do periodonto à placa bacteriana. Nos diabéticos não controlados ocorre a tendência ao ressecamento e irritação da mucosa oral, diminuição do fluxo salivar e alterações de flora, com predomínio de *candida albicans*. Concluem os autores que o Diabetes não causa problemas periodontais, mas sim alterações na resistência dos tecidos orais; o paciente insulino dependente, mesmo compensado, deve ser avaliado por um médico antes do tratamento odontológico, realizar os cuidados de higiene bucal e retornar para controle a cada quatro meses. O paciente insulino dependente não compensado não deve se submeter a tratamento odontológico sem prévia indicação médica; o paciente não insulino dependente descompensado deve ser primeiramente encaminhado ao médico, realizar apenas terapia básica e não cirúrgica e efetuar controle a cada quatro meses.

Tanto o Diabetes tipo 1 (insulino dependente ou de aparecimento precoce) quanto o tipo 2 (não insulino dependente ou do adulto) são fatores de risco para a periodontite. Pacientes jovens com Diabetes tipo 1, especialmente aqueles nos quais a doença já apresenta longa duração, possuem maiores índices de gengivite e mais bolsas periodontais que pacientes não diabéticos, conforme sugere a *American Academy of Periodontology* (1996). Este mesmo estudo mostra também que dentre pacientes diabéticos tipo 1, com a mesma idade e com muitos anos a partir do diagnóstico, os que possuem melhor controle metabólico da doença são aqueles que possuem melhores índices de inserção gengival e de altura óssea alveolar, que mostra a justa ligação entre o controle dos níveis glicêmicos e a saúde bucal do paciente diabético.

Diabetes X Equipes de Saúde Bucal

A discussão sobre o olhar integral do paciente teve início como uma das principais bandeiras da Reforma Sanitária em busca de um sistema de saúde mais justo e universal. A integralidade aparece como uma das bases de construção do SUS, contemplando ações de saúde, integrando e articulando os diversos serviços e níveis do sistema. Apesar dos muitos avanços da Saúde Coletiva, a integralidade é um princípio orientador pouco vislumbrado pelos profissionais de saúde (SILVA *et al.*, 2010).

Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/02 (NOAS) do Ministério da Saúde, dentre as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de Atenção Básica está o controle do Diabetes *Mellitus*, um problema de Saúde Pública (BRASIL, 2002).

Segundo Brasil (2013), a taxa de mortalidade específica por Diabetes *Mellitus* em Santa Catarina subiu de 18,5 óbitos (a cada 100.000 habitantes) em 2005 para 25,4 óbitos (também a cada 100.000 habitantes) em 2010, mostrando um aumento de óbitos relacionados à doença.

Abrangendo todas as classes sociais, com características debilitantes e degenerativas, sua interferência no modo de vida do portador e sua interação com outras condições sistêmicas e locais fazem do DM uma prioridade, do ponto de vista da saúde pública, no programa de Atenção Básica do Brasil (MAIA *et al.*, 2005).

Considerando a alta complexidade do tratamento do paciente portador da doença, é necessária uma integração ativa e efetiva dos profissionais, dentro da própria equipe de Saúde da Família, e das equipes especializadas (SILVA *et al.*, 2010).

A inclusão da Odontologia nas ESF, por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB), propõe um novo modelo de trabalho, que foca a prevenção e promoção da qualidade de vida da população. Apesar da importância da saúde bucal dentro da equipe, ainda é questionável a perfeita integração do cirurgião-dentista dentro da equipe. Protocolos que norteiam o trabalho da equipe abrangem médicos, enfermeiros, agentes comunitários, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos e educadores físicos, mas não estipulam a função específica do cirurgião-dentista dentro

dessa equipe. Assim, é necessária uma reorganização do serviço de forma a atender às necessidades das novas práticas sanitárias (BRASIL, 2001; MAIA *et al.*, 2005).

Durante décadas, as ações da Odontologia se mantiveram dentro do consultório, em caráter curativo, e foram aplicadas a um pequeno número de usuários, somente atendendo coletivamente aos escolares por meio de programas voltados ao controle da doença cárie. Por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os critérios orientados ao cuidado da população se reestruturaram, voltando os cuidados para a família, de forma digna e responsável, não se limitando somente a um grupo da população (MAIA *et al.*, 2005).

O Ministério da Saúde preconiza que a equipe de saúde bucal deve incorporar as ações de saúde bucal de acordo com as necessidades da população atendida (BRASIL, 2000).

No estudo realizado por Silva *et al.* (2010), os pacientes diabéticos somente foram encaminhados ou referenciados ao tratamento odontológico, em 61,5% dos casos, e somente quando apresentaram alguma necessidade ou urgência. Dentre os que participaram do estudo, 27,3% dos pacientes relataram estar em atendimento, e entre os que apresentaram a doença periodontal, somente 3,6% apresentaram-se em tratamento com profissionais especializados. Os autores revelaram que todos os pacientes do estudo foram cadastrados ao Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e foram atendidos pelos médicos das Unidades de Saúde periodicamente.

Nota-se uma desarticulação dentro da equipe de ESF, pois os cuidados que deveriam ocorrer de forma integral acontecem de maneira isolada, pois, conforme apresentado no estudo de Silva *et al.* (2010), em 76,9% das unidades estudadas, os prontuários da equipe ESF foram separados dos prontuários da ESB (SILVA *et al.*, 2010).

Segundo Maia *et al.* (2005), dados epidemiológicos têm sido utilizados na formulação de estratégias de prevenção e tratamento de doenças periodontais, por meio da educação da população. Busca-se sensibilizar a população para práticas favoráveis à vida; a detecção de doenças periodontais destrutivas e identificação de grupos de risco são alguns dados analisados.

O cirurgião-dentista, ao suspeitar da enfermidade, pode utilizar o diagnóstico médico, que é um instrumento importante para formular a estratégia de orientação e tratamento do paciente (MAIA *et al.*, 2005). Bjelland *et al.* (2002) propõem que a etapa de sensibilização do paciente enfermo não pode se limitar a uma simples orientação. É importante ter um objetivo mais humano, envolvendo familiares, no contexto da participação coletiva íntima, para o controle de manifestações agudas e crônicas da doença.

Silva *et al.* (2010) relatam que a participação nos grupos operativos diminuiria significativamente o índice de doença gengival nos pacientes diabéticos. O indivíduo motivado tem maior chance de se beneficiar de programas preventivos, no entanto, a motivação é um fator que pode oscilar.

Assim, é importante a presença periódica do cirurgião-dentista em grupos de diabéticos (TINOCO; TINOCO, 2000).

Uma possibilidade para a dificuldade na interação do cirurgião-dentista ao restante da equipe e da equipe ao cirurgião-dentista pode estar relacionada ao fato de que a presença do cirurgião-dentista dentro das Unidades de Saúde não ocorre no início das ESF (SILVA *et al.*, 2010).

A criação da política de Saúde Bucal Brasil Sorridente, que busca a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, vem reunindo diversas ações voltadas aos cidadãos de todas as idades. Apesar da oferta de serviço especializado pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), na pesquisa realizada em Belo Horizonte, somente 3,6% dos pacientes diabéticos estavam em tratamento odontológico especializado, proporção semelhante ao de pacientes em tratamento especializado antes da criação do Brasil Sorridente (SILVA *et al.*, 2010).

Considerações Finais

Apesar dos avanços do SUS associados a um tratamento integral do paciente, ainda são necessárias mudanças nos protocolos profissionais dentro da equipe ESF. A atuação de forma fragmentada no atendimento do paciente

diabético dificulta a formação de uma rede de atenção dentro da ESF e entre os serviços primários, secundários e terciários.

Pode-se concluir que há uma grande demanda reprimida de atendimento integral odontológico aos pacientes diabéticos, incluindo também os cadastrados no programa HIPERDIA e serviço de Saúde Bucal, mesmo com a literatura nacional e internacional sugerindo a importância do atendimento do paciente diabético pelo cirurgião-dentista. A falta de uma coordenação para o trabalho multiprofissional está mantendo a saúde periodontal dos pacientes diabéticos em segundo plano, como se o ambiente bucal fosse um espaço inerte e separado do resto do organismo, deixando de prestar um atendimento integral ao usuário do Sistema Único de Saúde.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Position Paper: Epidemiology of Periodontal Diseases. **Journal of Periodontology**, n. 67, p. 935-945, 1996.

BJELLAND, S. et al. Dentists, Diabete and Periodontitis. **Australian Dental Journal**, n. 47, p. 202-207, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 16, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Mortalidade**: Santa Catarina. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10sc.def>>. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a Descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/02 e Portaria MS/GM 373 de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Série A. In: _____. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabete Melito**: hipertensão arterial e Diabete Melito. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

CURY, P. R. et al. Medicina Periodontal: Fatores Sistêmicos de Risco para Doenças Periodontais. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, n. 57, p. 125-128, 2003.

GRANT-THEULE, D. A. Periodontal Disease, Diabetes and Immune Response: a Review of Current Concepts. **Journal West Society Periodontics**, v. 44, n. 3, p. 69-77, 1996.

LINDHE, J. **Tratado de periodontologia clínica e implantodontia oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

MACHADO, C. A. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabete melito: uma grande estratégia para a redução da morbimortalidade cardiovascular no Brasil. **Revista Internacional Lipids in from Brazil**, v.1, p. 5-9, 2002.

MAIA, F. R. et al. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 7, n. 1, p. 16-29, dez. 2005.

MOORE, P.; ZGIBOR, J. C.; DASANAYAKE, A. P. Diabetes: A Growing Epidemic of All Ages. **The Journal of the American Dental Association**, v. 134, p. 11-15, 2003.

ROISINBLIT, R.; PASZUCKI, L. Influencia de los Factores Sistêmicos en los Tejidos Periodontales de los Adultos Mayores. **Revista de La Asociación Odontológica Argentina**, n. 85, p. 329-336, 1997.

SILVA, A. M. et al. A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2197-2206, 2010.

TINOCO, E. M. B.; TINOCO, N. M. B. Diagnóstico e prevenção das doenças periodontais. Promoção da Saúde Bucal na Clínica Odontológica. **Artes Médicas/EAP-APCD**, p. 101-123, 2000.

CAPÍTULO 5

Importância do Pré-Natal Odontológico na Rede Pública de Saúde

Felipe Cechinel Veronez¹

Renan Antônio Ceretta²

Fernanda Guglielmi Faustini Sônego³

Resumo

Dentre as atuais Políticas Públicas de Saúde, a promoção da Saúde Bucal é a nova proposta dos cirurgiões-dentistas integrados à Estratégia de Saúde da Família, trabalhando principalmente com as pessoas saudáveis, para assim orientá-las e educá-las quanto à prevenção. Considerando a futura mãe como núcleo da família, ela pode ser aproveitada como propagadora das orientações realizadas por meio da Educação em Saúde. Trabalhos realizados no período pré-natal podem impedir que lesões relacionadas à doença cárie e às deformidades oclusais ocorram, simplesmente sensibilizando e orientando as gestantes. Este capítulo visa a correlacionar os aspectos preventivos à orientação da gestante por meio de um pré-natal odontológico, interligando conceitos preventivos a fim de evitar futuros prejuízos à Saúde Bucal. Conclui-se que a presença do cirurgião-dentista no período da gestação é de suma impor-

¹Cirurgião-Dentista. Especialista em Atenção Básica/Saúde da Família na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* felipeveronez@gmail.com

²Cirurgião-Dentista. Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* rce@unesc.net

³Cirurgiã-Dentista. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* fgfsonego@unesc.net

tância para a motivação e sensibilização da gestante aos cuidados necessários para a manutenção da saúde bucal do bebê.

Palavras-chave: Pré-natal. Gestante. Odontologia. Saúde Coletiva.

Introdução

Apesar dos avanços oriundos da Odontologia preventiva nos últimos anos, a cárie de mamadeira e os problemas oclusais ainda estão presentes no dia a dia das clínicas nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). Aguardar o acometimento dessas patologias, buscando uma intervenção, apresenta-se como alto custo para o paciente e para a rede, o qual poderia ser evitado com trabalhos de Educação em Saúde (BARRÊTTO; FARIA; CASTRO, 2003).

Além dos benefícios relacionados à doença cárie, as crianças que são amamentadas por um período maior de tempo apresentam uma menor necessidade por sucção não nutritiva, já que a amamentação natural supre a necessidade inata da criança (NEIVA *et al.*, 2003). A amamentação artificial não exige esforços nem satisfaz as necessidades de sucção da criança (pelo número reduzido de sucções necessárias) e o êxtase emocional não é atingido, levando a criança a procurar outros meios para suprir essa necessidade tal como dedo e/ou chupeta (BEZERRA *et al.*, 2005).

Vários benefícios podem ser almejados na realização do pré-natal odontológico. Assim, este capítulo apresenta uma revisão de literatura que abrange alguns pontos relacionados às gestantes orientadas e às patologias bucais mais comuns em crianças.

Os artigos utilizados foram pesquisados na coleção de revistas e artigos científicos *Scielo* e nas revistas do *site ScienceDirect*. Protocolos e cartilhas do Ministério da Saúde foram selecionados por meio do *site* de busca do *Google*. Não foi utilizada uma data limite para a escolha dos artigos, uma vez que se tinha a intenção de recuperar estudos com datas anteriores ao ano 2000, os quais já sugeriam a importância do trabalho preventivo.

Palavras-chave: Odontologia. Gestante. Cárie. Amamentação. Oclusão. Bebês.

Cárie de Mamadeira

A cárie é a doença bucal com maior prevalência mundial, característica esta que não se mostra diferente na realidade brasileira. É uma doença de natureza infectocontagiosa, a qual ocorre devido à interação de uma série de fatores primários (dieta, micro-organismos, hospedeiro, tempo), secundários (saliva, flúor, higiene bucal) e terciários (sexo, idade, raça e nível socioeconômico) (RODRIGUES, 2002). Apesar dos diversos avanços na prevenção da cárie, em geral as de mamadeira continuam a afetar as crianças em idade precoce. Para o correto tratamento/prevenção é preciso a cooperação do paciente, dos pais e/ou responsáveis (GUEDES-PINTO, 1997).

Alguns estudos sugerem que a implementação de programas de Atenção à Saúde Materno-Infantil, incluindo orientação às gestantes quanto aos cuidados com o bebê, e meios específicos para a redução de *Streptococcus mutans*, por meio da instrução de higiene e orientação da dieta, representam um complemento das ações desenvolvidas nos programas de saúde integral (PERES *et al.*, 2001). Um estudo realizado em 1971 por Winter *et al.* (1972) com 602 crianças de 12 e 60 meses concluiu que o desmame precoce está associado à cárie, pois ao deixar de amamentar, a mãe introduz a mamadeira, que é utilizada por períodos mais longos e, muitas vezes, apresenta açúcar adicionado.

Entre as doenças mais comuns da cavidade bucal está a cárie de mamadeira, que tem como causa principal a infecção da cavidade bucal das crianças por seus pais ou cuidadores, com bactérias que colonizam a boca. Constitui uma das formas mais preocupantes pelas sequelas deixadas, pela rápida destruição dental, dor e alterações na oclusão da fala e alterações sociais da criança. A contaminação e a transmissibilidade precoce ocorrem pelo contato frequente e repetido entre a mãe e a criança, como, por exemplo, beijo na boca, uso do mesmo talher, soprar a comida e “limpar” a chupeta da criança

colocando em sua boca e ofertando à criança (MONTANDON *et al.*, 2001; SILVA, 2002).

Sendo a mãe e os familiares as fontes de transmissão de bactérias cariogênicas mais próximas do bebê, é necessário alertá-los quanto a isso e recomendar o tratamento odontológico para as pessoas que mantêm contato direto com o bebê, principalmente para a mãe. A questão não deve ser vista isoladamente pelo fato de a cárie ser uma doença multifatorial. Além da presença de micro-organismos na boca, vários fatores estão relacionados à doença cárie, destacando-se a suscetibilidade do hospedeiro (dente) e uma dieta rica de carboidratos fermentáveis (principalmente sacarose) (BRASIL, 2011).

Problemas Oclusais

Hábito é o costume ou prática adquirida pela repetição frequente de um mesmo ato, que, a princípio, se faz de forma consciente e, posteriormente, de modo inconsciente (LEITE-CAVALCANTI *et al.*, 2007).

Dentre os principais hábitos que levam a deformidades na oclusão estão a sucção de dedo, chupeta e mamadeira. Tais hábitos são de fácil aquisição e difícil remoção e estão intimamente ligados à obtenção insatisfatória da amamentação natural nos seis primeiros meses de vida (SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA JÚNIOR, 1997). A amamentação natural (no seio) envolve vários músculos orofaciais, conduzindo a distintos efeitos no crescimento harmônico dos maxilares e dos arcos dentais. A sucção proporciona e estabelece um vínculo afetivo entre a mãe e a criança (LEITE-CAVALCANTI *et al.*, 2007), além de estar relacionada a benefícios nutricionais associados ao sistema imunológico da criança, ao desenvolvimento funcional e à oclusão da criança, podendo prevenir problemas relacionados à má oclusão por hipodesenvolvimento (GAMA, 1997; PALUMBRO; QUELUZ, 1999; MEDEIROS *et al.*, 2005).

Para Rabello *et al.* (2000) a maior parte das crianças que adquiriram o hábito de sucção não nutritiva realizou tal hábito antes dos três meses com duração superior a três anos.

O desmame precoce pode interferir no desenvolvimento motor-oral, facilitando a instalação de problemas oclusais (NEIVA *et al.*, 2003).

A amamentação artificial não exige esforços nem satisfaz as necessidades de sucção da criança, pelo número reduzido de sucções necessárias e o êxtase emocional não ser atingido, levando a criança a buscar outros meios que supram essa necessidade, tais como o dedo e/ou a chupeta (QUELUZ; GIMENEZ, 2000; MEDEIROS *et al.*, 2005).

A gravidade dos problemas relacionados à sucção não nutritiva está relacionada à duração, frequência e intensidade do seu uso, além de fatores de predisposição individual, com a presença ou não de doenças somáticas (RABELLO *et al.*, 2000).

Essa má formação ocorre pela interposição do dedo e/ou da chupeta entre os incisivos superiores e inferiores, restringindo a erupção destes. A sucção não nutritiva resulta frequentemente em mordida aberta anterior que, no caso da chupeta, normalmente se mostra em forma de círculo, apresentando na sucção do dedo uma inclinação dos incisivos superiores para vestibular.

O contato do objeto sugado com o palato desaloja a língua que se mantém numa posição mais inferior, afastando-se do contato com os dentes póstero-superiores e, somado à força de sucção do músculo bucinador, ocasiona a atresia do arco dentário superior, culminando na mordida cruzada posterior uni ou bilateral. (MEDEIROS *et al.*, 2005, p. 51).

Crianças que permanecem após os dois anos de idade com o hábito do uso da chupeta possuem 8,2 vezes mais chance de apresentarem má oclusão (PEREIRA *et al.*, 2003).

A dentadura decídua é de suma importância para o correto posicionamento do permanente, e os hábitos de sucção não nutritiva podem acarretar danos de difícil solução, principalmente quando há persistência do hábito além dos três anos (QUELUZ; GIMENEZ, 2000; RABELLO *et al.*, 2000).

Segundo Souza *et al.* (2006), as crianças que nunca foram amamentadas no peito ou que tiveram aleitamento misto antes dos três meses têm aproximadamente sete vezes mais chance de desenvolver hábitos de sucção

não nutritiva, quando comparadas às que tiveram amamentação natural por três ou seis meses. Crianças que utilizaram mamadeira por mais de um ano apresentaram hábitos de sucção não nutritiva com maior frequência, quando comparadas com crianças que não utilizaram mamadeira (FORTE *et al.*, 2000).

Estudos apontam que quanto maior o tempo de amamentação natural, menor a chance da criança apresentar algum tipo de hábito bucal deletério. Possivelmente, somente seis meses de amamentação não seja suficiente para evitar a aquisição do hábito, conforme sugere o estudo de Medeiros *et al.* (2005), em que 60,9% das crianças amamentadas até os seis meses apresentaram algum hábito de sucção não nutritiva.

Pré-Natal Odontológico

É importante a presença da equipe de pré-natal da ESF na gestação, período de extrema importância para a mulher (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002).

Segundo as atuais Políticas Públicas de Saúde, a promoção da Saúde Bucal é a nova proposta dos cirurgiões-dentistas integrados à Estratégia de Saúde da Família, sugerindo trabalhar principalmente com as pessoas saudáveis, para assim orientá-las e educá-las quanto à prevenção (SILVA; MARTELLI, 2009).

Partindo desse juízo, destaca-se a presença do cirurgião-dentista no acompanhamento da Saúde da Família, incluindo o período pré-natal. Considerando a falta de conhecimento sintomatológico da clínica oral pelos demais membros da equipe, é necessária a presença de um odontólogo para um trabalho multiprofissional mais qualificado, prevenindo os aparecimentos de possíveis problemas (CATARIN; ANDRADE; IWAKURA, 2008).

A participação integral do cirurgião-dentista na equipe do pré-natal proporciona, desse modo, uma assistência mais consciente e segura, de caráter preventivo e educativo. A gestação, nesse contexto, é um momento em que a mulher passa pela motivação de adquirir novos conhecimentos, podendo ser

uma multiplicadora de saúde dentro do meio familiar (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002). Sabendo que padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância permanecem fixados profundamente e são resistentes a mudanças, os programas preventivos e educativos com gestantes se tornam necessários para a adesão dos bons hábitos desde o início da vida da criança (MOIMAZ *et al.*, 2007).

Chupeta, sucção digital e mamadeira são assuntos que não podem continuar merecendo atenção apenas quando já se tornaram problema, pois sabemos que a prevenção é mais simples de ser realizada, mais eficaz e mais salutar (BARRÊTTO; FARIA; CASTRO, 2003).

Estudos têm demonstrado que gestantes procuram com menos frequência o dentista, quando comparadas às mulheres de grupo etário semelhante. Segundo Moimaz *et al.* (2007), 75% das gestantes em seu estudo não receberam orientação odontológica. Ao investigar as barreiras relacionadas ao atendimento odontológico, salientam-se questões fundamentais que dizem respeito à equidade, integralidade, humanização, acesso e qualidade da atenção odontológica. Também à baixa valorização da Saúde Bucal, a pouca importância atribuída aos dentes, à baixa apreciação dos resultados do tratamento, às crenças populares que desaconselham a ida ao dentista no período gestacional, aos familiares, amigos e até mesmo aos profissionais de saúde que vão propagando essas ideias como uma herança cultural fortemente disseminada. Assim, diversos autores sugerem a existência de dificuldades de agendamento, dos riscos de sair de casa para marcar uma consulta, do transporte, do financeiro para o transporte, dos questionamentos em novos e desconhecidos ambientes, de ser atendida porque o dentista desaconselha o tratamento durante a gravidez, falta de tempo, tempo tomado do trabalho remunerado, pouca credibilidade nos procedimentos efetuados e a falta de informação. Tais questões demonstram maior vergonha em realizar questionamentos de forma individual, se comparadas aos questionamentos realizados em grupos de iguais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2004).

Numa pesquisa realizada, gestantes desconheciam a principal vantagem do aleitamento materno para a saúde bucal, que é o desenvolvimento dentofacial (FAUSTINO-SILVA *et al.*, 2008). Outro fator preocupante sugere que a maioria das gestantes considera que o aleitamento materno após os seis

meses seja prejudicial à formação dos dentes, associando a sucção da mama a danos semelhantes aos da chupeta. Dentre os motivos mais citados para deixar de amamentar estão a ansiedade e o medo de não conseguir amamentar, principalmente entre as primíparas. Nas falas, o medo pode estar associado ao sentimento de dor, do leite secar, da criança se afogar por não saber posicioná-la adequadamente. A dor também aparece causada por lesões na mama, tais como fissura e mastite, e, ainda, a questão das nutrizes, que trabalham fora, o que impede que continuem amamentando. Durante o período pré-natal, é importante que o tema seja abordado em grupos de gestantes, com atividades em salas de espera, campanhas de vacinação ou mesmo na consulta individual de cada profissional (FAUSTINO-SILVA *et al.*, 2008).

A Odontologia deve ser inserida nos grupos de gestantes já existentes nas ESF. É um bom momento para a sensibilização sobre as mudanças que ocorrem no ambiente bucal das gestantes e as corretas orientações da saúde bucal das crianças que estão para nascer. Orientar a gestante não representa somente uma troca de informações, pois os hábitos saudáveis da mãe melhoram também a saúde bucal de seu filho, uma vez que eles tendem a se espelhar nos pais. Nos grupos, é o momento de discutir a respeito de tabus e crenças em relação ao tratamento odontológico na gravidez e estabelecer relações positivas entre o cirurgião-dentista e a gestante (MINAS GERAIS, 2007; BRASIL, 2011).

Alguns estudos sugerem que, longitudinalmente, a efetividade da educação durante o pré-natal consegue sensibilizar, e que a gestante retém as informações em relação às orientações sobre saúde bucal para com o bebê. Assim, programas de promoção da saúde bucal com as gestantes e que sejam continuados após o nascimento do bebê para reforço e motivação com vistas a permanecer a mudança de hábitos saudáveis têm sido desenvolvidos (BRASIL, 2011).

Além das atividades educativas-preventivas, grupos de gestantes podem ser desenvolvidos, representando a garantia de acesso ao tratamento curativo. Assim, pode-se ofertar a consulta odontológica no próprio momento do grupo ou no momento mais apropriado para a gestante (BRASIL, 2011).

Considerações Finais

Mediante reflexões apresentadas neste capítulo, é possível concluir que a orientação do cirurgião-dentista em somatória com as outras áreas de saúde é importante para o trabalho integral com a paciente gestante. Tal orientação traz benefícios para a gestante, que será o núcleo da família, podendo esta ser uma multiplicadora de saúde devido à sua percepção quanto à saúde bucal e aos cuidados que deve ter.

A prevenção de doenças bucais em crianças está intimamente ligada ao grau de motivação, sensibilização e orientação que a futura mãe recebe, pois ela será responsável pela manutenção da saúde bucal da criança em conjunto com a equipe da ESF. Sendo assim, mediante o exposto, é possível evitar agravos futuros à saúde bucal da criança por meio da orientação e do esclarecimento de dúvidas às gestantes.

Referências

- ALBUQUERQUE, O. M. R. et al. Barreiras no Atendimento Odontológico de Gestantes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 789-796, maio/jun. 2004.
- BARRÊTTO, E. P. R.; FARIA, M. M. G.; CASTRO, P. R. S. Non-nutritive sucking habits: multidisciplinary approach. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 29, p. 42-48, jan./fev. 2003.
- BEZERRA, P. K. M. et al. Maloclusões, Tipos de Aleitamento e Hábitos Bucais Deletérios em Pré-Escolares. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 5, n. 3, p. 267-274, set./dez. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.
- CATARIN, R. F. Z.; ANDRADE, S. M.; IWAKURA, M. L. H. Conhecimentos, práticas e acesso à atenção à saúde bucal durante a gravidez. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 16-24, dez. 2008.
- COSTA, I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. P. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **Revista Pós-Graduação**, v. 9, n. 3, p. 232-243, jul./set. 2002.

FAUSTINO-SILVA, D. D. et al. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno: um estudo qualitativo. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/ago. 2008.

FORTE, F. D. S. et al. Aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritiva. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 4, n. 1/3, p. 43-48, jan./dez. 2000.

GAMA, F. V. A. Amamentação e desenvolvimento: função e oclusão. **Jornal Brasileiro Ortodontia Ortopedia Maxilar**, Curitiba, v. 2, n.11, p. 17-20, set./out. 1997.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 6. ed. São Paulo: Santos, 1997.

LEITE-CAVALCANTI, A. et al. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p. 194-204, abr./jun. 2007.

MEDEIROS, P. K. et al. Maloclusões, Tipos de Aleitamento e Hábitos Bucais Deletérios em Pré-Escolares. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 5, n. 3, p. 267-274, set./dez. 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção em Saúde Bucal**. 2. ed. Belo Horizonte, MG: SAS/MG, 2007. (Linha-guia de saúde bucal).

MOIMAZ, S. A. S. et. al. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v. 19, n.1, p. 39-45, jan./abr. 2007.

MONTANDON, E. M. et al. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê: JBP**, v. 4, n. 18, p. 170-173, mar./abr. 2001.

NEIVA, F. C. B. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Journal of Pediatrics**, v. 19 n. 1, p. 7-12. 2003.

PALUMBRO, A.; QUELUZ, D. P. Avaliação de escolares: amamentados no peito e/ou na mamadeira em relação ao trespasse horizontal. **Jornal Brasileiro Odontopediatria Odontologia Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 13-18, jan./fev. 1999.

PEREIRA, L. et al. Avaliação da associação do período de amamentação e hábitos bucais com a instalação de más oclusões em crianças com dentadura decídua completa. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 51, n. 4, p. 203-209, maio 2009.

PERES, S. H. C. S. et al. Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno-infantil. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, v. 55, n. 5, p. 346-351, 2001.

QUELUZ, D. P.; GIMENEZ, C. M. M. Aleitamento e hábitos deletérios relacionados à oclusão. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, v. 22, n. 6, p.16-20, nov./dez. 2000.

RABELLO, M. C. V. B. et al. Hábitos de sucção em crianças do município de Marília, SP. **Ciências Odontológicas**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 59-65, jan./dez. 2000.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.

RODRIGUES, E. M. G. O. **Promoção da saúde bucal na gestação**: revisão da literatura. Juiz de Fora: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2002.

SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA JÚNIOR, J. F. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e más oclusões. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v. 11, n. 2, p. 79-86, 1997.

SILVA, M. V.; MARTELLI, P. J. L. Promoção em Saúde Bucal para Gestantes: revisão de literatura. **Revista de Odontologia Clínico-Científica**, v. 1, n. 219, p. 219-224, out. 2009.

SILVA, S. R. Atendimento à gestante: 9 meses de espera? **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas: APCD**, v. 56, n. 2, p. 89-99, mar./abr. 2002.

SOUZA, D. F. R. K. et al. Relação clínica entre hábitos de sucção, má oclusão, aleitamento e grau de informação prévia das mães. **Revista Dental Press Ortodontia Ortopedia Facial**, v. 11, n. 6, p. 81-90, nov./dez. 2006.

WINTER, G. B. et al. The prevalence of dental caries in pre-school children aged 1 to 4 years. **British Dental Journal**, v. 130, n. 7, p. 434-6, 1972.

CAPÍTULO 6

Educação em Saúde: desenvolvimento motor em crianças de 0 a 3 anos de idade para professores do Centro de Educação Infantil da AFASC

Priscila Soares de Souza¹

Franciani Rodrigues²

Lisiane Tuon Generoso Bittencourt³

Elaine Meller Mangilli⁴

Resumo

O desenvolvimento motor é uma alteração contínua do comportamento motor ao longo da vida. Diversos fatores podem interferir no curso normal do desenvolvimento de uma criança, como condições biológicas ou ambientais. Este capítulo tem como objetivo avaliar uma prática de Educação em Saúde, tendo como tema: O desenvolvimento motor em crianças de 0 a 3 anos de idade para professores do centro de educação infantil da Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma (AFASC), localizada em Santa Catarina. Participaram deste estudo 60 professores, os quais foram submeti-

¹Fisioterapeuta. Residente do Programa Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail*: prisoaress@yahoo.com.br

²Idem. *E-mail*: franciani@gmail.com

³Fisioterapeuta. Superintendente de Serviços Especializados e Regulação da Secretária de Saúde de Santa Catarina, Brasil. *E-mail*: ltb@unesc.net

⁴Fisioterapeuta. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail*: elainemeller@hotmail.com

dos a uma sessão educativa, que consistiu em orientações teóricas e práticas sobre o desenvolvimento motor normal de crianças de 0 a 3 anos de idade, sendo que para a avaliação os professores descreveram suas críticas. Pôde-se perceber a importância de se realizar trabalhos que abordem assuntos relacionados às práticas de Educação em Saúde, principalmente aqueles relacionados ao desenvolvimento motor normal das crianças, os quais têm fundamental importância para as pessoas que convivem diariamente com este público. As professoras relataram que os assuntos ministrados foram fundamentais para o convívio delas com as crianças, estando intimamente relacionados com seu trabalho.

Palavras-chave: Desenvolvimento motor. Educação em Saúde. Fisioterapia. Saúde Coletiva.

Introdução

O desenvolvimento motor é uma alteração contínua do comportamento motor ao longo da vida, proporcionada pela interação entre as necessidades da tarefa, a biologia do indivíduo e as condições do ambiente, que, se bem relacionadas, favorecem o surgimento de novas formas de execuções motoras das crianças. Contudo, em casos de alteração em algum desses fatores, o processo de desenvolvimento pode ser colocado em risco (GALLAHUE; OZMUN, 2001; HALPERN *et al.*, 2002; SANTOS; DANTAS; OLIVEIRA, 2004).

No Brasil, devido à inserção e permanência de crianças em creches, por longos períodos e cada vez mais cedo, há uma crescente preocupação com este modelo de cuidado e de educação associado ao desenvolvimento motor, possivelmente devido à crescente quantidade de estudos que apontam problemas quanto ao preparo dos profissionais, à infraestrutura, à adoção de rotinas rígidas, entre outros fatores (BALTIERI *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2010).

No decorrer da vida, é necessário ajustar, compensar ou mudar, para que se possa melhorar ou manter a habilidade. É na idade pré-escolar

que ocorre a aquisição e aperfeiçoamento das habilidades motoras, as quais possibilitam à criança controlar seu corpo em diferentes posturas (estáticas e dinâmicas) e locomover-se pelo meio ambiente de variadas formas (andar, correr, saltar, entre outras). Além disso, as habilidades motoras globais e finas são estabelecidas neste período, quando tais habilidades e coordenação são aumentadas (ISAYAMA; GALLARDO, 1998; SANTOS; DANTAS; OLIVEIRA, 2004; CAETANO; SILVEIRA; GOBBI, 2005).

No processo de desenvolvimento motor, considera-se que o ambiente provoca um efeito estimulador para a produção do comportamento (BALTIERI *et al.*, 2010). Este processo ocorre de maneira dinâmica e pode ser facilmente moldado a partir de variados estímulos externos. Por isso, diversos fatores podem interferir no curso normal do desenvolvimento da criança, como condições biológicas ou ambientais (WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2009). As incapacidades e/ou dificuldades da criança são manifestadas durante o desempenho das atividades de vida diária (HALLAL; MARQUES; BRACCIALLI, 2008).

O profissional fisioterapeuta é visto historicamente como um assistente no nível de atenção terciário, tendo um modelo tradicional de atuação centralizado nas áreas curativas e reabilitadoras, voltadas para o modelo assistencial. Este paradigma foi instituído devido aos aspectos de ordem político-econômica e organizacionais. Todavia, sabe-se que quando inserido na Atenção Primária pode ser um profissional de grande valia nas ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e Educação em Saúde (SILVA; DAROS, 2007; PEIXOTO; MATTOS; BARBOSA, 2007).

O fisioterapeuta pode atuar realizando Educação em Saúde por meio de palestras para grupos especiais, diálogos, participações em campanhas, além de incentivar bons hábitos de saúde e realizar visitas domiciliares. Usufruindo do modelo de Atenção Primária como uma alternativa capaz de fortalecer a Atenção Básica, aumenta a resolutividade dos atendimentos, contribuindo para a integralidade da assistência à saúde, quebrando o paradigma de ser uma profissão apenas reabilitadora. A relação harmoniosa entre o fisioterapeuta e a atuação na Saúde Coletiva busca gerar novas reflexões sobre a atuação da Fisioterapia, tendo em vista uma nova lógica de organização dos serviços de saúde (MUNIZ *et al.*, 2007; CRUZ *et al.*, 2010).

A participação da Fisioterapia na Saúde Coletiva compõe-se de uma contribuição imperativa que pode viabilizar maior decisão a outros profissionais. Sua integração às equipes compreende a ideia de criar pontos de intersecção, facilitando e incentivando a adoção de medidas que representem um olhar e uma prática integral da saúde (REZENDE *et al.*, 2009; NAVES; BRICK, 2011).

As ações de Educação em Saúde, através de orientação e estimulação, têm grande relevância para que as pessoas e grupos sociais tenham maior responsabilidade e controle sobre sua saúde e vida (GOMES; MERHY, 2011; CECCON *et al.*, 2011).

A prática de Educação em Saúde auxilia o professor a obter um melhor entendimento a respeito das fases do desenvolvimento psicomotor da criança e assim detectar problemas naqueles que apresentam desenvolvimento motor diferente dos seus semelhantes.

Com a identificação precoce de distúrbios no desenvolvimento motor, é possível realizar uma intervenção adequada. Assim, as crianças com diagnóstico de atraso motor podem seguir a mesma sequência que as crianças com desenvolvimento normal (HALPERN *et al.*, 2002; WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2009).

Nesse contexto, o objetivo deste capítulo é avaliar a prática de Educação em Saúde por meio do tema: O desenvolvimento motor em crianças de 0 a 3 anos de idade para professores do Centro de Educação Infantil da Associação Feminina de Assistência Social de Criciúma (AFASC).

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do local onde foi realizada a pesquisa (protocolo nº 510/2011). De acordo com Minayo (2006), este tipo de pesquisa procura aprofundar e compreender, em suas múltiplas dimensões, uma realidade específica, a lógica interna de grupos que envolvem processos históricos e sociais.

O recurso metodológico utilizado foi um questionário estruturado avaliativo da palestra, ressaltando os aspectos positivos e negativos da ação educativa.

O estudo ocorreu no Centro Educacional Infantil da AFASC. Os participantes da pesquisa foram 60 professores responsáveis por crianças de 0 a 3 anos de idade, os quais foram convocados pela AFASC para participarem dessa ação educativa.

Para execução do estudo, foi realizado um pedido de autorização ao Centro de Educação Infantil da AFASC, requerendo a realização da pesquisa com todas as informações necessárias.

Assim, os professores foram submetidos a uma sessão educativa, que consistiu de orientações teóricas e práticas sobre o desenvolvimento motor normal de crianças de 0 a 3 anos de idade, exposição de figuras e um diálogo aberto para que pudessem esclarecer suas dúvidas.

Após a ação educativa, foram distribuídas folhas para que os professores escrevessem sobre os pontos positivos e negativos e também sugestões quanto à palestra realizada.

Resultados e Discussão

A Educação em Saúde é um instrumento facilitador para a capacitação da comunidade. Para desenvolver esta ação é necessário reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

As aquisições e o desenvolvimento de habilidades motoras ocorrem com ritmos diferenciados entre os indivíduos, observando-se grande variabilidade entre desempenhos ainda na primeira infância, a qual é decorrente da maturação neurológica, das especificidades da tarefa e das oportunidades do ambiente (SACCANI; VALENTINE, 2010). Estes dois últimos estão ligados às pessoas envolvidas no cotidiano da criança, como a figura do professor, que influencia diretamente no desenvolvimento da criança.

O desenvolvimento motor é um processo de mudança resultante da interação entre a hereditariedade e o ambiente. Nos primeiros anos as crianças desenvolvem suas potencialidades favorecidas pela plasticidade neuronal. Dessa maneira, é imprescindível a identificação precoce de fatores de risco que possam prejudicar o desenvolvimento, evitando os danos (BALTIERI *et al.*, 2010; SACCANI; VALENTINI, 2010).

O desenvolvimento infantil está relacionado à integridade neurológica, juntamente com as condutas da criança, aprendizado, habilidades adquiridas e aptidões, proporcionando que a criança seja um adulto produtivo e sociável (AMORIM *et al.*, 2009).

Devido à inserção das mulheres no mercado de trabalho, as creches tornaram-se um recurso necessário para muitas famílias. Assim, como as crianças passam a maior parte do tempo nesse local, muitas vezes em período integral, este ambiente se torna um elemento importante para o desenvolvimento infantil (VITTA *et al.*, 2000; BALTIERI *et al.*, 2010).

Nesse contexto, os primeiros anos de vida são essenciais para a aquisição de conhecimentos e habilidades (BALTIERI *et al.*, 2010). Durante esse período, devido a uma intensa atividade cerebral causada pela interação entre as características biológicas e experiências do indivíduo, desenvolvem-se funções específicas e atividades mais complexas (RIBEIRO; SILVA; PUCCINI, 2009). Destacamos a importância da Educação em Saúde para os professores que convivem diariamente com essas crianças.

A Atenção à Saúde da criança deve ser realizada desde a vigilância do desenvolvimento, para realizar a detecção de possíveis desvios nesse processo. Sendo assim, caso haja alguma mudança, deve ser realizado o diagnóstico e intervenção precoces (RIBEIRO; SILVA; PUCCINI, 2009).

No período de acelerado crescimento, nos primeiros meses e anos de vida, a estimulação ambiental constitui um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento infantil (AMORIM *et al.*, 2009).

Nosso estudo avaliou os pontos positivos e negativos de uma prática de Educação em Saúde, associada ao desenvolvimento motor em crianças de

0 a 3 anos de idade, por meio de depoimentos relatados pelos professores do Centro de Educação Infantil da AFASC (Criciúma, SC).

De forma geral, os participantes apresentaram satisfação quanto ao entendimento sobre o desenvolvimento motor normal, relatando que o assunto está diretamente relacionado ao seu trabalho: *“Achamos muito rico o assunto abordado, esclarecendo muitas dúvidas que ocorrem no nosso cotidiano”*. (P1)

Levando em consideração que o participante não possuía conhecimento específico a respeito de como ocorre o desenvolvimento motor normal, o mesmo apresentou-se positivamente ao conhecimento recebido: *“O tema abordado estava de acordo com a necessidade dos grupos, sendo positivo o local onde foi realizado”* (P2). *“Nós, educadoras, temos que estar em constante busca. Essa palestra foi muito importante para que nós nos aperfeiçoássemos cada dia mais, e assim teremos amplitude para desenvolver um bom trabalho no dia a dia”* (P3).

O desenvolvimento motor adequado dependerá da qualidade das experiências vividas pela criança e dos vínculos por ela criados (SARTORI; SACCANI; VALENTINI, 2010). Por isso, é imprescindível um maior conhecimento por parte dos cuidadores dessas crianças, neste caso, os professores. Estes são os que permanecem, muitas vezes, a maior parte do tempo com as crianças e percebem cada passo do desenvolvimento motor das mesmas.

Por meio do conhecimento, o professor poderá intervir tanto na estimulação da criança quanto auxiliando os pais no encaminhamento desta ao profissional mais habilitado. Saber observar é o primeiro passo para um cuidado especial.

“Oportunizou-nos um conhecimento maior sobre o desenvolvimento psicomotor da criança; aprendemos algumas técnicas de estimulação e observação”. (P4)

“É de fundamental importância para o aperfeiçoamento da nossa prática pedagógica um olhar direcionado ao desenvolvimento motor e suas dificuldades”. (P5)

O desenvolvimento de ações educativas na área da saúde não era prioridade e, quando acontecia, tinha o objetivo de domesticar as pessoas de forma a atender as normas de conduta. Cabia aos educadores dessas práticas fragmentarem o conhecimento e não levarem em consideração os problemas cotidianos enfrentados pela população (ALVES; AERTS, 2011). Nas últimas décadas, houve um surpreendente desenvolvimento e reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas no campo da Educação em Saúde (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Nesta ação de Educação em Saúde, salienta-se que a troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais é de suma importância, pois é relevante uma conversa e troca entre os profissionais.

“A fisioterapeuta nos ensinou a identificar quando uma criança tem atraso motor. Também nos mostrou a importância de analisarmos e prestarmos atenção nos movimentos que as crianças exercem no dia a dia”. (P6)

“Foi um curso gratificante, pois através do mesmo pudemos nos informar. Foram passadas informações importantes que servem para o nosso conhecimento profissional e também acreditamos que esclareceu muitas dúvidas que surgem no nosso dia a dia em sala de aula”. (P7)

“O curso foi de grande proveito, oportunizando um amplo conhecimento”. (P8)

“Acreditamos que o fato de termos conquistado esse “curso” foi bastante positivo. Os assuntos tratados foram aproveitados por ser algo que usamos em nossa prática pedagógica diária”. (P9)

Os professores também tiveram a oportunidade de escrever quais os pontos negativos da ação educativa. A maioria destes profissionais colocou que a ação deveria ser mais extensa, abranger os demais profissionais e ser realizada em mais encontros.

“O tema abordado (desenvolvimento motor normal), achamos de fundamental importância para a faixa etária na qual trabalhamos, porém o tempo foi insuficiente”. (P10)

“Pouco tempo da palestra”. (P11)

“O curso deveria ser estendido para todas as professoras e pessoal de apoio do CEI. Para que todos tivessem as mesmas oportunidades”. (P12)

“Deveria ter mais tempo para que nós educadores possamos passar para a prática o que nos foi passado sobre o desenvolvimento motor normal”. (P13)

Algumas sugestões foram relatadas pelos professores e a maioria deles sugeriu realizar a ação educativa mais vezes, com mais atividades práticas e que todos deveriam participar devido à importância do conteúdo.

“Ter palestras todos os meses ou mais vezes. Contemplar a realidade do dia a dia ampliando nossos conhecimentos. Contemplar os demais funcionários”. (P14)

“Mais encontros que nos proporcione conhecimentos para trabalharmos com crianças de 0 a 2 anos”. (P15)

“Deveria ser feito mais vezes, talvez uma vez por mês, se possível, como encontro pedagógico”. (P16)

“Que seja para todas as professoras. Trabalhar com o cotidiano dos CEIS”. (P17)

“Mais prática para nos aprofundar melhor no nosso ensinamento do dia a dia. Ter mais trabalhos práticos de como trabalhar com a sua sala”. (P18)

As intervenções educativas são importantes, pois estimulam o comprometimento com a prevenção de determinadas doenças por meio de um trabalho continuado para que os professores multipliquem os conhecimentos adquiridos e possam realizar as intervenções adequadas (SUÁREZ-MUTIS *et al.*, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Educação em Saúde é responsabilidade de todos que compõem a Equipe de Saúde da Família. E, por meio de processos educativos, busca-se a autonomia, o autocuidado e a responsabilidade dos indivíduos envolvidos.

As práticas de Educação em Saúde podem contribuir para a formação de sujeitos prudentes, responsáveis, ativos, que possam estar informados e tomar suas próprias decisões (RENOVATO; BAGNATO, 2010). Esta ação representa um instrumento facilitador para a capacitação da comunidade e pode ser vista como uma prática integral realizada em todos os momentos e espaços, contribuindo para a promoção da saúde (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

As ações educativas envolvem o saber popular e o científico para a construção de atitudes e significados, possibilitando que as pessoas se informem e façam escolhas saudáveis, contribuindo com a conscientização para a melhoria da saúde (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011). No processo de comunicação, é fundamental que ocorra a escuta, a observação e a interação entre as pessoas a partir de uma ação intencional (ALVES; AERTS, 2011).

A educação garante o acesso às informações necessárias para a valorização e incorporação de hábitos saudáveis, valorizando o indivíduo e o coletivo, capacitando-os a resolverem problemas pessoais e da comunidade (MACIEL *et al.*, 2010). As atividades de Saúde e Educação em Saúde desenvolvidas são orientadas conforme o período histórico e as necessidades da população (SILVA *et al.*, 2010).

A saúde poderá oferecer uma ação integrada e articulada à educação, oportunizando a atualização dos educadores de modo crítico e reflexivo, capacitando-os a orientar a saúde de forma transversal e interdisciplinar na escola (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010), com o objetivo de buscar autonomia, autocuidado e responsabilidade dos indivíduos envolvidos nesse processo (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Considerações Finais

Com a ação educativa realizada, pôde-se concluir que é de extrema importância para os professores de creches o conhecimento sobre todas as fases do desenvolvimento motor das crianças. Tais profissionais convivem a

maior parte do tempo com estes pequenos e podem detectar alguma alteração no desenvolvimento motor, auxiliando os pais ou responsáveis na procura de um profissional habilitado, evitando possíveis *deficit* a longo prazo. Assim, sugerimos que este tipo de trabalho ocorra mais vezes, para que os professores possam esclarecer suas dúvidas e trocar experiências com outros profissionais no decorrer dos encontros. Também é necessário que haja mais pesquisas sobre este tema, o qual ainda é pouco explorado, para o desenvolvimento de ações em prol da saúde das crianças e da população.

Referências

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

AMORIM, R. C. A. et al. Programa de Saúde da Família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 6, p. 506-513, dez. 2009.

BALTIERI, L. et al. Desempenho motor de lactentes frequentadores de berçários em creches públicas. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 283-289, set. 2010.

CAETANO, M. J. D.; SILVEIRA, C. R. A.; GOBBI, L. T. B. Desenvolvimento motor de pré-escolares no intervalo de 13 meses. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 7, n. 2, p. 5-13, out. 2005.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1509-1520, jun. 2010. (Suplemento 1).

CECCON, R. F. et al. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 1, p. 56-62, mar. 2011.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1547-1554, 2011. (Suplemento 1).

CRUZ, T. S. et al. Diagnóstico de Saúde e Atuação do Fisioterapeuta nas Unidades Básicas de Saúde. **Fisioterapia Brasil**, v. 11, n. 6, p. 439-444, nov./dez.2010.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, mar. 2010.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor**: bebês, crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Phorte, 2001.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, fev. 2005.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011.

HALLAL, C. Z.; MARQUES, N. R.; BRACCIALLI, L. M. P. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 27-34, 2008.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Santiago, v. 73, n. 5, set. 2002.

ISAYAMA, H. F.; GALLARDO, J. S. P. Desenvolvimento motor: análise dos estudos brasileiros sobre habilidades motoras fundamentais. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, PR, v. 9, n. 1, p. 75-82, 1998.

MACIEL, E. L. N. et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 389-396, mar. 2010.

MINAYO, C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MUNIZ, C. F. et al. Projeto de assistência interdisciplinar ao idoso em nível primário: enfoque dos alunos de Fisioterapia. **Revista de APS**, v. 10, n. 1, p. 84-89, jan./jun. 2007.

NAVES, C. R.; BRICK, V. S. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de Fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1525-1534, 2011. (Suplemento 1).

PEIXOTO, F. F.; MATTOS, M. F. O.; BARBOSA, E. G. **Atuação da Fisioterapia na atenção básica**: revisão bibliográfica. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia) - Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2007.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, set. 2010.

REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da “Saúde da Família”: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1403-1410, set./out. 2009. (Suplemento 1).

RIBEIRO, A. M.; SILVA, R. R. F.; PUCCINI, R. F. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre o desenvolvimento da criança na Atenção Básica à Saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 208-214, jun. 2009.

SACCANI, R.; VALENTINI, N. C. Análise do desenvolvimento motor de crianças de zero a 18 meses de idade: representatividade dos itens da *Alberta infant motor scale* por faixa etária e postura. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 3, p. 711-722, 2010.

SANTOS, S.; DANTAS, L.; OLIVEIRA, J. A. Desenvolvimento motor de crianças, de idosos e de pessoas com transtornos de coordenação. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 18, Número Especial, p. 33-44, ago. 2004.

SARTORI, N.; SACCANI, R.; VALENTINI, N. C. Comparação do desenvolvimento motor de lactentes de mães adolescentes e adultas. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 17, n. 4, Dez. 2010.

SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, ago. 2010.

SILVA, D. J.; DAROS, M. A. Inserção de profissionais de Fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, nov./dez. 2007.

SOUZA, C. T. et al. Avaliação do desempenho motor global e em habilidades motoras axiais e apendiculares de lactentes frequentadores de creche. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 309-15, jul./ago. 2010.

SUÁREZ-MUTIS, M. C. et al. Efeito de ação educativa participativa no conhecimento de professores do ensino básico sobre malária. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 931-937, out. 2011.

VITTA, F. C. F.; SANCHEZ, F. F.; PEREZ, R. R. M. Desenvolvimento motor infantil: avaliação de programa de educação para berçaristas. **Mimesis**, Bauru, v. 21, n. 1, p. 101-118, 2000.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C. C. F.; FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociências**, v. 17, n. 1, p. 51-56, 2009.

CAPÍTULO 7

A percepção de enfermeiras quanto ao seu preparo e ao preparo de sua equipe na atenção básica à saúde sobre saúde mental: o apoio matricial como ferramenta

Deise Patrício dos Santos Dal Pozzo¹

Gabriela Maciel Alves²

Luciane Bisognin Ceretta³

Graziela Amboni⁴

Resumo

Este capítulo visa a identificar a percepção das enfermeiras quanto ao seu preparo e ao preparo de sua equipe para lidar com demandas de Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde. O método utilizado foi exploratório-descriptivo, com abordagem qualitativa e quantitativa e questionário autoaplicado.

¹Psicóloga. Especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* deise_ps@hotmail.com

²Idem. *E-mail:* gma_psi@hotmail.com

³Enfermeira. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* luk@unesc.net

⁴Psicóloga. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* gam@unesc.net

tivo. Das profissionais que participaram deste estudo, 54,76% demonstraram não estar preparadas para lidar com questões de Saúde Mental, 78,8% perceberam a equipe da mesma forma, 33,3% acham que estão preparadas e somente 19,04% acham que a equipe está preparada. Ainda assim, dentre as que se sentem preparadas, grande parte (71%) faz ressalvas. Conclui-se que é predominante a autopercepção e a percepção das equipes como não totalmente capazes. Entende-se que a contribuição do apoio matricial como ferramenta de educação permanente pode instalar um processo efetivamente construtor de novas práticas de Saúde Mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem Psiquiátrica. Enfermagem em Saúde Pública. Saúde da Família. Saúde Coletiva.

Introdução

Apoio Matricial em Saúde Mental

O Matriciamento em Saúde Mental é uma estratégia provinda da necessidade tanto das equipes especializadas quanto das equipes de Atenção Básica. Com a reforma psiquiátrica, estes usuários passam a ter a possibilidade de serem acompanhados por serviços especializados de ordem territorial e, principalmente, pela equipe que atua na comunidade, na Atenção Básica à Saúde.

Como historicamente o cuidado com Saúde Mental estava reservado a espaços específicos, separados dos cuidados gerais com a saúde, esta atenção precisou ser fortalecida e ampliada. O Apoio surge como estratégia efetiva, pois propõe o cuidado colaborativo, o que, especialmente em Saúde Mental, é importante, porque promove a reinclusão, já que nesta lógica busca-se incluir no cuidado as estruturas comunitárias disponíveis.

A estratégia de apoio matricial em Saúde Mental procura manter uma equipe especializada como retaguarda para suporte e, dessa forma, abrir

espaço para a corresponsabilização, tendo como prática o acompanhamento sistemático das Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Unidades de Saúde da Família (USF), objetivando reconhecer a demanda de Saúde Mental que chega à Atenção Básica, conhecer sobre os territórios, famílias e usuários e, ainda, propor casos que possam ser de responsabilidade mútua (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). O Matriciamento como estratégia de gestão e metodologia de trabalho cria a possibilidade de alcançar efetivamente a prática da Clínica Ampliada. Nesse contexto, é possível o acompanhamento longitudinal do usuário, levando-se em consideração suas transformações subjetivas e seu cotidiano, possibilitando consolidar um cuidado abrangente (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

A prática da Clínica Ampliada traz como proposta o compromisso com o sujeito e não somente com os sintomas e doenças; o reconhecimento dos limites dos saberes entendendo que o sujeito é maior que os diagnósticos; a percepção de que a clínica é o encontro entre dois sujeitos, trabalhador de saúde e usuário, coprodutores da relação; a busca do equilíbrio entre danos e benefícios ocasionados pelas práticas de saúde; a aposta em equipes multiprofissionais e transdisciplinares; a promoção da relação de corresponsabilidade no processo saúde-doença; e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2008).

A Clínica Ampliada vai ao encontro da ideia de que o diagnóstico não basta para definir todo o tratamento do sujeito. A partir do diagnóstico é que se tem a suposição de algo com certa regularidade, o qual se apresenta na repetição. A postura dos profissionais deve ser a partir de uma clínica que avalie o que o usuário apresenta de singular, além do que pode ser enquadrado em diagnósticos, inclusive sinais e sintomas particulares do sujeito. Abrindo o leque de intervenções além dos tratamentos tradicionais, pode assim buscar a participação das pessoas envolvidas (BRASIL, 2007).

O Apoio Matricial proporciona espaços onde é possível desenvolver a Clínica Ampliada, assim a gestão do trabalho na lógica do apoio matricial fortalece o relacionamento entre profissionais e profissional-usuário, sendo possível a corresponsabilização e co-construção de uma relação que favoreça intervenções de saúde mais efetivas e eficazes.

No âmbito da Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são ainda a principal estratégia de reordenação do cuidado e de aplicação de tratamentos que se voltam para uma lógica psicossocial com um olhar abrangente do usuário. O papel dos CAPS no Apoio Matricial de Saúde Mental é fundamental para o funcionamento deste, já que somente sua participação efetiva e colaborativa na Atenção Básica possibilita a integração da rede.

Atualmente, a legislação não traz os CAPS ligados ao apoio matricial, sendo enfática ao falar sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Parece que os CAPS estão sendo afastados desta relação. Desde o surgimento do NASF, este serviço parece estar protagonizando a maior parte das iniciativas ligadas ao apoio matricial.

A prática do apoio matricial está de fato intrinsecamente ligada ao NASF, mas o papel dos CAPS neste cenário não pode ser desvalorizado.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A Saúde da Família representa uma nova concepção de promoção da qualidade de vida e de trabalho, estabelece o vínculo entre a população e os membros da equipe. Compreende a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (ALMEIDA, 2009).

Visando a fortalecer principalmente a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços como porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado de saúde, o Ministério da Saúde criou o NASF por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, a qual foi republicada em 04 de março de 2008 (BRASIL, 2009).

O NASF é entendido como uma potente estratégia para ampliar a abrangência das ações das ESF, bem como sua resolutividade, uma vez que promove a criação de espaços para a produção de novos saberes (BRASIL, 2008). Dessa forma, a implantação destas equipes revê a prática de encaminhamento dos usuários, modificando-a, já que aumenta o escopo de ações possíveis na Atenção Básica com responsabilidade compartilhada e acaba por

fortalecer alguns atributos deste nível de atenção, com destaque à resolutividade (ALMEIDA, 2009).

De acordo com Brasil (2008, p. 1),

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família [...]. Deve estar comprometido com a promoção de mudanças na atuação dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação.

Constitui-se por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009). Os NASF vêm ao encontro da necessidade de haver um suporte de uma equipe matricial vinculada às equipes, de forma a contribuir na organização da demanda e ao mesmo tempo interagir com a população na busca de uma nova compreensão do processo saúde-doença (ALMEIDA, 2009).

Tratando-se de um novo aporte organizacional nos arranjos das Equipes de Saúde da Família, a estruturação matricial poderá contribuir tanto para a compreensão ampliada do conceito de saúde dentro das ESF quanto para a melhoria na qualidade da atenção prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALMEIDA, 2009). Assim, a equipe do NASF e as Equipes de Saúde da Família criam espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo, desta forma, um processo de aprendizado coletivo.

A portaria 3088 (BRASIL, 2011a), que define a Rede de Atenção Psicossocial, faz referência aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, informando que os mesmos devem atuar de maneira integrada, apoiando as Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Atenção Básica para populações específicas. Estes núcleos devem atuar no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado pelas equipes, incluindo, nestas ações, o suporte ao manejo de situações que envolvam o sofrimento psíquico e problemas relacionados ao uso de *crack*, álcool e outras drogas.

O Caderno para Atenção Básica, que aborda as Diretrizes do NASE, cita que as Equipes de Saúde da Família precisam estar trabalhando próximas aos profissionais e serviços de Saúde Mental, tendo o apoio dos mesmos. Este capítulo, de forma integrada, busca potencializar o cuidado e facilitar uma abordagem integral do sujeito. Para o melhor manejo da Saúde Mental, as equipes devem realizar um trabalho compartilhado por meio do apoio matricial em Saúde Mental pelos profissionais do NASF (BRASIL, 2009).

O relatório de gestão da Saúde Mental referente ao período de 2007 a 2010 considera a portaria nº 154 de 2008 como um dos principais avanços para inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica. A portaria recomenda a inclusão de profissionais de Saúde Mental nos NASE, já que o relatório considera este dispositivo como de alta potencialidade para garantir a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, ainda que considere que sua implantação deva ser mais bem monitorada (BRASIL, 2011b).

É de fundamental importância a inserção dos profissionais de Saúde Mental nos Núcleos, já que estes podem trazer a discussão a respeito do assunto, sendo promotores de Atenção à Saúde Mental na Atenção Básica.

Entende-se que a Saúde Mental não pode estar restrita a profissionais específicos, no entanto, quando se fala de inserção de práticas desta natureza no contexto da Atenção Básica, cabe a estes profissionais fortalecer as discussões e tornar o tema mais presente na visão dos profissionais em relação aos usuários.

O psicólogo, dentre os profissionais de Saúde Mental, tem papel importante neste cenário, já que por formação tende a articular as visões e procura respeitar os diversos saberes. Além disso, tal profissional busca o entendimento contextualizando o usuário, indo além dos diagnósticos e buscando a promoção da autonomia do sujeito.

Métodos

A pesquisa aqui apresentada caracteriza-se como um estudo observacional, transversal, de abordagem qualitativa e quantitativa, aprovado pelo

Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do local onde foi realizada. Foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário com questões fechadas e abertas.

A amostra da pesquisa foi composta por 87,5% (n=42) das enfermeiras gerentes das Unidades de Atenção Básica à Saúde do município de Criciúma.

No momento da aplicação dos questionários, os enfermeiros fizeram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o assinaram logo após concordarem com a pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa responderam a um questionário autoaplicativo, para que se sentissem à vontade ao transmitir sua experiência sem qualquer restrição. As perguntas de pesquisa foram: “Você se percebe preparada(o) para realizar atendimentos de Saúde Mental? () **sim** () **não. Por quê?**” e “Você percebe sua equipe preparada para realizar atendimentos de Saúde Mental? () **sim** () **não. Por quê?**”.

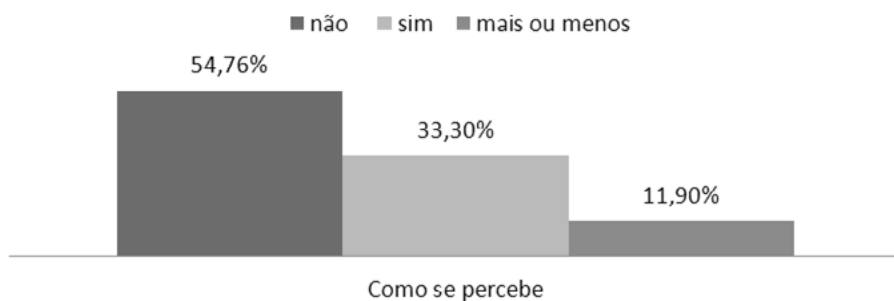
Na análise de dados, foi utilizada de maneira categorial a metodologia de análise de conteúdo, agrupando as respostas em torno de um conceito e de acordo com a fundamentação teórica.

Resultados

- **Como as enfermeiras se percebem em relação ao seu preparo para lidar com a Saúde Mental**

A maioria das profissionais entrevistadas percebeu que não está preparada para lidar com questões de Saúde Mental. Destas profissionais, 33,3% se julgam preparadas, enquanto 54,76% se acham despreparadas. Entre as perguntas não foi disponibilizada a opção “mais ou menos”, mas algumas entrevistadas criaram esta opção por necessidade, resultando em 11,9% o total de “mais ou menos” (Figura 1).

Figura 1: Percepção das enfermeiras quanto ao preparo para lidar com a Saúde Mental.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Foram questionados os motivos pelos quais as profissionais se percebem preparadas ou não para lidar com a saúde mental. Durante a descrição, foi possível perceber que aquelas que relataram que se sentem mais ou menos preparadas têm respostas muito similares àquelas que assinalaram que se sentem preparadas. Tais respostas demonstraram que, na maioria das vezes, mesmo se sentindo capazes de lidar com estas questões, muitas ainda têm necessidade de discutir o assunto, aprofundar-se ainda mais. Dentre as 33,3% (n=14) que afirmaram se sentir preparadas, apenas 29% (n=4) não apresentaram nenhuma ressalva, inclusive relataram que sentem segurança a respeito. O restante apresentou ponderações ante ao seu preparo.

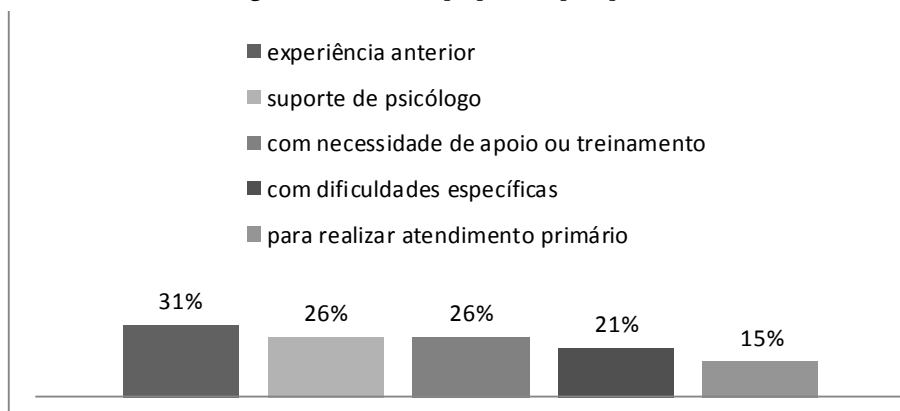
“Mesmo me sentindo preparada, sempre há a necessidade de um apoio, pois não conseguimos realizar um bom atendimento sem apoio dos respectivos núcleos”. (Suj. 22)

“Estou preparada, mas acredito que tenha que aprender muito mais”. (Suj. 32)

“Situações mais simples sim, antes encaminho para profissional qualificado ou peço ajuda”. (Suj. 41)

As explicações dadas pelas entrevistadas foram, em 31% dos casos, que elas se sentem preparadas devido à experiência anterior, ou devido ao atendimento a pacientes com transtornos, ou à participação em matriciamento, ou, ainda, a treinamentos anteriores pessoais; 26% citaram que o preparo ocorreu pelo acompanhamento/suporte de psicólogos na Unidade ou nos NASF; 26% lembraram que mesmo se sentindo com preparo, necessitam de apoio de outros profissionais ou de treinamentos; 21% demonstraram estar preparadas, mas com dificuldades diante dos casos complexos, ou de surto, ou no momento do encaminhamento; e 15% afirmaram estar preparadas para um atendimento apenas primário e não para a continuidade do cuidado/acompanhamento (Figura 2).

Figura 2: Sentem-se preparadas por que/mas.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Dentre as enfermeiras que afirmaram falta de preparo, 43% elencaram dificuldades no manejo de pacientes com sofrimento psíquico, por identificarem falta de habilidade pessoal com os mesmos ou pelas demandas serem muito diversas, entre outros fatores: *“Às vezes tem pacientes que não sei como abordá-los”* (Suj. 5).

Entre os entrevistados, 22% afirmaram carência de capacitação: *“Ainda falta um pouco de segurança. Precisamos de mais capacitação”* (Suj. 7).

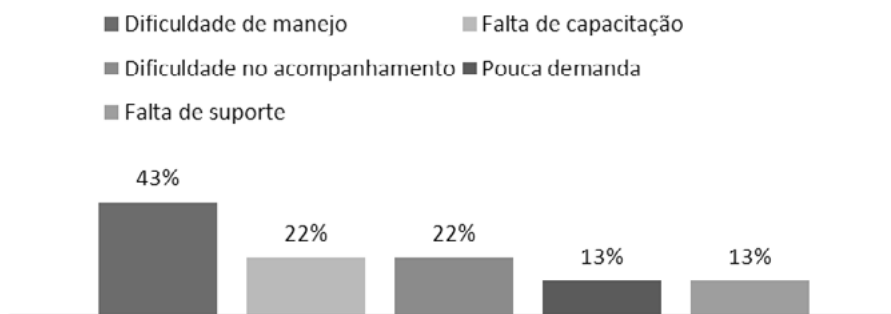
A mesma proporção, 22%, entendeu que há falta de apoio da própria equipe ou de outros serviços/profissionais considerados mais ha-

bilitados: *“Falta de instrumentos, suporte para trabalhar com tal grupo”* (Suj. 33).

Para 13% houve pouca demanda desta natureza e, consequentemente, pouca prática nestas abordagens: *“Me sinto despreparada para abordar esse paciente, talvez pela pouca demanda”* (Suj. 14).

Outros 13% relataram dificuldade no acompanhamento longitudinal dos pacientes, principalmente pela demanda de tempo associada à prática: *“[...] como a demanda é grande, o acompanhamento fica difícil e limitado”* (Suj. 11).

Figura 3: Motivos pelos quais não se sentem preparadas.



Fonte: Elaborada pelos autores.

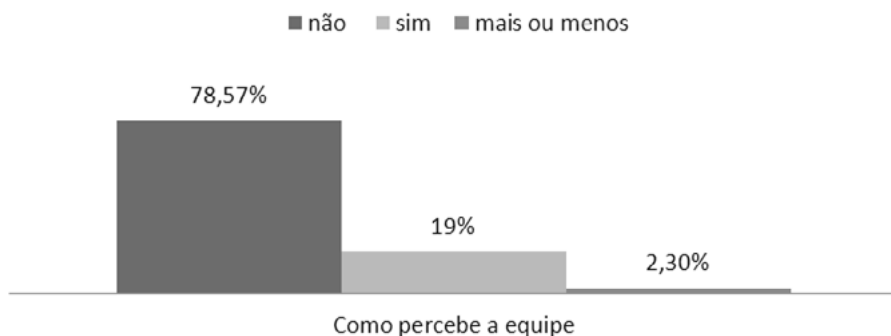
A Reforma Psiquiátrica como um todo investe pouco na Rede Básica, o que traz consequências à produção de consciência dos profissionais que não estão inseridos no Movimento Social pela Saúde Mental. Em razão disso, permanecem à parte na criação de um cuidado mais inclusivo. O movimento em torno das questões do sofrimento psíquico e a necessidade de atenção territorial, integral, ainda hoje têm poucos ecos na Atenção Básica (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Por este motivo, é importante o desenvolvimento de estratégias, como o apoio matricial, que podem ser consideradas práticas de educação permanente, vinculadas à realidade operacional vivenciada pelos profissionais e às práticas diárias de trabalho.

- **Como as enfermeiras percebem sua equipe em relação ao preparo para lidar com a Saúde Mental**

A maioria das profissionais também percebeu a equipe como não preparada. Entre os entrevistados, 19,04% relataram que achavam a equipe como preparada; 78,8% consideraram como despreparada e 2,3% como mais ou menos preparada (Figura 4).

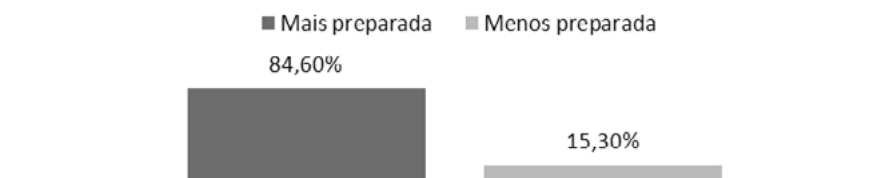
Figura 4: Percepção das enfermeiras quanto ao preparo da equipe.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Além disso, 30,95% (n=13) das profissionais se identificaram com o preparo em maior ou menor grau de sua equipe. Destas, 84,6% (n=11) se apresentaram mais preparadas que sua equipe, enquanto 15,3% (n=2) se perceberam menos preparadas (Figura 5).

Figura 5: Profissionais que se percebem com preparo diferente da equipe.



Fonte: Elaborada pelos autores.

O enfermeiro se destaca na área da saúde pelos papéis que ocu-

pa enquanto trabalhador, tanto na esfera assistencial quanto organizacional. Para que o trabalho de todos seja efetivo, é fundamental que o profissional de referência tenha segurança em sua equipe. As enfermeiras pesquisadas são gerentes de suas unidades, líderes da equipe de Atenção Básica.

O domínio do conhecimento sobre liderança proporciona ao enfermeiro que ocupa tal posição a possibilidade de promover mudanças na estrutura de trabalho de sua equipe e da instituição da qual faz parte. Contribui na administração, no processo decisório, no aprimoramento e na autonomia de seus colaboradores, objetivando uma assistência de qualidade. Potencializa o cuidado e, além disso, pode contribuir para a construção de um ambiente de trabalho satisfatório, por meio de vínculos profissionais de qualidade e da promoção do diálogo com os demais integrantes da equipe, seja esta de enfermagem ou multiprofissional (AMESTOY *et al.*, 2012).

Para que a equipe possa estar mais apropriada do assunto e para que as enfermeiras possam se sentir seguras a respeito de sua equipe, é importante a participação das mesmas no preparo de todos. As gerentes não têm condições de prestar todos os atendimentos de Saúde Mental, o restante da equipe pode e deve contribuir para uma atenção de qualidade.

A Saúde Mental faz parte da rede de Atenção à Saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde, mas ainda se percebe uma divisão tanto no âmbito teórico quanto prático, principalmente quando se refere à Atenção Básica. Assim, mesmo com a consciência de que a atenção deve estar integrada, seja por uma limitação de referencial teórico, seja pela dificuldade na apropriação desta visão nova de Saúde Mental, a prática ainda não é estabelecida de forma qualificada e integral.

Considerações Finais

Mediante o exposto, ficou evidente a sensação de despreparo das enfermeiras ou da equipe em relação à Saúde Mental. Além disso, a sensação de

preparo, quando presente, esteve fortemente vinculada a experiências anteriores, com pacientes, treinamentos anteriores ou por haver acompanhamento/suporte de psicólogos na unidade ou dos NASF. Assim, é possível perceber que a sensação de preparo está fortemente ligada a vivências em Saúde Mental ou ao suporte de outros profissionais externos à equipe, os quais estão diretamente ligados à Saúde Mental.

Apresentou-se como predominante a autopercepção das enfermeiras que ainda não se sentem totalmente capazes. Essa percepção pode ter ocorrido devido à influência daquelas que se sentem bem com os atendimentos desta natureza ou das dúvidas daquelas que não se sentem capazes na construção de um processo de educação voltado ao trabalho não só da equipe de enfermeiras como um todo, mas também para as equipes de Atenção Básica em geral.

Os profissionais específicos de Saúde Mental têm papel fundamental na construção de práticas, na ênfase sobre a Saúde Mental e em trazer a discussão e auxiliar na criação de estratégias para que se possa efetivar o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. No entanto, tudo isso é “via de mão dupla” que deve ser construída não somente pelos profissionais específicos da área, mas por todos aqueles que tenham contato com os pacientes nas Unidades de Saúde, ou seja, por todos aqueles que fazem parte desta esfera de cuidado. O processo de preparo destas equipes é contínuo e pode ocorrer durante os encontros de apoio matricial com a participação da equipe de Saúde Mental. Ele tem como inspiração a educação permanente, ou seja, a promoção da discussão prática dos assuntos, não ocorrendo a partir de explicações e/ou capacitações tradicionais.

Em suma, mesmo havendo profissionais que se consideram preparadas ou que consideram sua equipe preparada, foi unânime que é necessário o suporte ou capacitação destes profissionais, além da discussão de casos, de maneira que é importante investir em instrumentos, como protocolos e apoio matricial, tanto em caráter de suporte quanto como elemento de educação permanente, e ainda a reflexão de que a Saúde Mental deve ser mais bem discutida no âmbito da Atenção Básica, preferencialmente por equipes multiprofissionais, como forma de contemplar as demandas de Saúde Mental.

Referências

ALMEIDA, P. **Núcleo de Apoio às equipes de Saúde da Família (NASF):** uma breve reflexão. 2009. 53 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009.

AMESTOY, S. C. et al. Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2008. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF.** 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na Estratégia Saúde da Família: como estão atuando os enfermeiros? **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010.

CAPÍTULO 8

Perfil Nutricional de Crianças Menores de 10 Anos Cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Município de Criciúma, SC

Sabrina Teodosio Souza¹

Merieli Medeiros Ronsani²

Tamy Colonetti³

Liliana Dimer⁴

Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões⁵

Rita Suselaine Vieira Ribeiro⁶

Resumo

O fenômeno da Transição Epidemiológica Nutricional é traduzido como um dos maiores desafios para as políticas públicas e aumenta a necessidade de ações de prevenção de doenças, pesquisas, vigilância e promoção

¹Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail*: sabrinatodosio@hotmail.com

²Idem. *E-mail*: merieli_ronsani@hotmail.com

³Idem. *E-mail*: tamyclonetti@hotmail.com

⁴Enfermeira. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail*: liliana_dimer@hotmail.com

⁵Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail*: pri@unesc.net

⁶Nutricionista. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail*: rsv@unesc.net

da saúde. As ações de Vigilância Alimentar e Nutricional surgiram a partir da necessidade de um enfoque multicausal e multisetorial dos problemas de alimentação e nutrição. Desta forma, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional foi implantando no Brasil e no município de Criciúma com o objetivo de monitorar o estado nutricional, servindo de subsídio para ações e intervenções em saúde. Este capítulo, que relata um estudo descritivo e longitudinal, tem como objetivo identificar o perfil nutricional de crianças menores de 10 anos cadastradas no SISVAN-*Web* no município de Criciúma/SC. Foram incluídas 6.781 crianças cadastradas no período de 2008 a 2010 e avaliados os índices de altura/idade, peso/idade e IMC/idade por meio da análise de frequência relativa e absoluta. Os resultados revelaram que estas crianças, de um modo geral, apresentam estado nutricional adequado, mas seguido de risco de sobrepeso e obesidade. Estes resultados não podem generalizar as características nutricionais dessa população, porém apontam para a necessidade de ampliação da cobertura do SISVAN no município e formulação de estratégias de intervenção.

Palavras-chave: Vigilância Nutricional. Estado Nutricional. Crianças. Saúde Coletiva.

Introdução

Nos últimos anos, o Brasil, assim como vários outros países, tem passado por processos de transição que produziram e ainda produzem importantes alterações no perfil de doenças na população. A chamada Transição Epidemiológica é caracterizada por mudanças nos padrões de morbimortalidade relacionadas à redução da mortalidade precoce, principalmente devido às doenças infectocontagiosas associadas à desnutrição, fome, falta de saneamento básico e pobreza. Em contrapartida, ocorreu o aumento da morbidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), associado a um padrão de vida mais urbano e industrializado. Outro processo verificado também no Brasil é a chamada Transição Nutricional, a qual advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo decorrente da vida moderna (OLIVEIRA, 2004; MALTA *et al.*, 2006).

O intenso declínio da desnutrição infantil no Brasil na década de 2000 ocorreu graças às melhorias observadas no poder aquisitivo das famílias de menor renda, ao aumento da escolaridade das mães e à ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde e do saneamento (MONTEIRO *et al.*, 2009; IBGE, 2010a).

Por outro lado, a ocorrência de sobrepeso e obesidade demonstra o desequilíbrio entre ingestão e gasto de calorias pelo organismo humano. A explicação para o aumento dessas condições é decorrente das mudanças nos padrões de alimentação e de atividade física da população (LEVY-COSTA *et al.*, 2005).

O aumento na prevalência de excesso de peso da população, por sua vez, contribui para o aumento das DCNT. Tais doenças, por serem de longa duração, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, gerando uma sobrecarga ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (LESSA, 2004). Portanto, o fenômeno da Transição Epidemiológica Nutricional é traduzido como um dos maiores desafios para as políticas públicas, aumentando a necessidade de ações de prevenção de doenças, pesquisas, vigilância e promoção da saúde (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

A importância da avaliação e do monitoramento nutricional

No plano biológico, o Estado Nutricional (EN) é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais do indivíduo. O EN pode apresentar três tipos de manifestação orgânica: a) Adequação Nutricional (Eutrofia): manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo em relação às necessidades nutricionais; b) Carência Nutricional: manifestações produzidas pela insuficiência quantitativa e/ou qualitativa do consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais; c) Distúrbio Nutricional: manifestações produzidas pelo excesso e/ou desequilíbrio do consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais (BRASIL, 2004).

A antropometria é um método de investigação em nutrição que se baseia na aferição das variações físicas e na composição corporal. É aplicável em todas as fases do ciclo de vida e possibilita que os diagnósticos individuais sejam agrupados e analisados, permitindo conhecer o perfil nutricional de um determinado grupo, sendo ainda um método barato, simples, de fácil aplicação e padronização, além de pouco invasivo e preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

O conhecimento do perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural da população e o monitoramento da evolução desses perfis é uma ação primordial para que os gestores, juntamente com os profissionais de saúde e a população desenvolvam ações para melhorar a qualidade da saúde. Esse diagnóstico de saúde pode servir de subsídio para nortear essas ações e formulação de políticas públicas de intervenção (ROMEIRO, 2006).

Considerando o atual perfil epidemiológico nutricional da população brasileira, pode-se afirmar que a Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito da Atenção à Saúde, é um instrumento fundamental para o cumprimento da agenda de saúde da população, especialmente relacionado ao crescimento e desenvolvimento das crianças, à promoção da alimentação saudável e à prevenção de doenças (ROMEIRO, 2006).

Por outro lado, durante a 21ª Assembleia Mundial de Saúde de 1968, foi preconizada pela primeira vez a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) no Brasil. Segundo as propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), as ações de vigilância epidemiológica não deveriam estar restritas apenas às doenças transmissíveis, mas sim a outros problemas de saúde, dentre eles os relacionados à alimentação e nutrição (COUTINHO *et al.*, 2009).

A Conferência de Alma-Ata, realizada na Rússia em 1978, incorporou a Vigilância Alimentar e Nutricional como um requisito primordial do direito universal à saúde, explicitando assim o papel do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que busca monitorar as condições dos grupos desfavorecidos da população de risco e proporcionar um método de

avaliação rápido e permanente de todos os fatores que influenciam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional (BRASIL, 2004).

Embora no Brasil a VAN tenha sido preconizada há mais de 30 anos, o SISVAN foi impulsionado após a consolidação do SUS e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. O Sistema de Vigilância foi concebido sob três eixos: formular políticas públicas; planejar, acompanhar e avaliar programas sociais relacionados à alimentação e nutrição; e avaliar a eficácia das ações governamentais, auxiliando os gestores públicos na gestão de políticas de alimentação e nutrição (BRASIL, 2004).

As ações da VAN, realizadas com os usuários do SUS, devem ser incorporadas às rotinas de atendimento na Rede Básica de Saúde, com o objetivo da detecção precoce de situações de risco nutricional e desenvolvimento de ações que possibilitem prevenir ou reverter agravos à saúde, sempre que possível (BRASIL, 2008).

Tendo como base, em primeiro lugar, a Lei Orgânica do SUS, que destaca o papel da Saúde na realização da Vigilância Nutricional e orientação alimentar, foram desenvolvidos no Brasil os protocolos de atendimento que se destinam a todas as fases da vida, abrangendo crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, de forma a atender aos princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade, integralidade e equidade na Atenção à Saúde (BRASIL, 2008).

O município de Criciúma, atualmente, é o maior município do Sul catarinense e um dos cinco maiores de Santa Catarina. Possui uma área de 235,6 Km² e, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010b), possui 192.308 habitantes. A cidade é conhecida como a Capital Brasileira do Carvão e do Revestimento Cerâmico. É também o terceiro maior polo nacional na produção de jeans e o maior polo estadual no setor de confecções.

Com relação aos serviços de saúde, o Município está dividido em cinco grandes regiões, sendo elas Regional Boa Vista, Regional Santa Luzia, Regional Próspera, Regional Centro e Regional Rio Maina, que totalizam vinte e cinco Estratégias de Saúde da Família (ESF), dois Prontos Atendimentos 24 horas para adultos, um Hospital infantil, um Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS) II, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad), um CAPS III, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um Centro de Atendimento de Portadores de HIV/AIDS, uma Unidade de Saúde da Mulher e uma Unidade de Saúde Materno Infantil, que estão em gestão plena desde 1996. O SISVAN está implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde e nas Regionais.

Em Criciúma, o cadastramento informatizado dos dados de referência da Vigilância Nutricional teve início em julho de 2009. Assim, este capítulo apresenta o perfil nutricional de crianças menores de 10 anos cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para *Web* (SISVAN-*Web*) no município de Criciúma/SC e a sua cobertura na faixa etária estudada.

Desenvolvimento

Este capítulo apresenta um estudo descritivo, com utilização de dados secundários, de corte longitudinal e com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados do sistema SISVAN-*Web* do Município de Criciúma/SC.

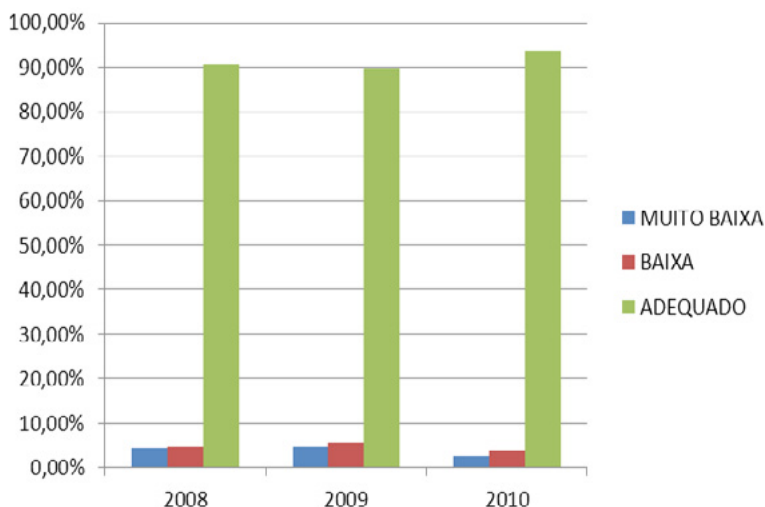
Fizeram parte deste estudo 6.781 crianças menores de 10 anos, cadastradas no SISVAN-*Web* no período de 2008 a 2010. Tal sistema utiliza as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 como parâmetros para avaliação do estado nutricional. Portanto, o presente estudo avaliou os índices de Altura/Idade, Peso/Idade e Índice de Massa Corporal (IMC)/Idade, que são preconizados para esta faixa etária.

Para a totalização dos dados, foi efetuada a análise de frequência absoluta e relativa da série histórica. A população do município de Criciúma, no ano de 2010, totalizou 192.308 habitantes. Destes, as crianças menores de 10 anos de idade compuseram 28.136 da população (IBGE, 2010b), sendo 6.871 cadastradas no SISVAN, representando 24,4% do total desta população.

Em relação à avaliação do índice de Altura/Idade, observou-se maior prevalência de estatura adequada durante o período de 2008 (90,82%), 2009 (89,64%) e 2010 (93,5%). Do ano de 2008 para 2010, houve um declínio

no número de crianças com estatura muito baixa, de 4,39% para 2,6%, respectivamente, e baixa para a idade, 4,79% para 3,91%, conforme apresenta a Figura 1.

Figura 1: Avaliação Nutricional de crianças de 0 a 10 anos, conforme índice de Altura/Idade.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Uma pesquisa realizada com 1.322 crianças menores de 10 anos cadastradas no SISVAN e residentes na zona urbana e rural do município de Ferro, MG revelou que 86,2% apresentaram altura adequada para a idade corroborando com os resultados de nosso estudo (FELISBINO-MENDES; CAMPOS; LANA, 2010).

Também com resultados semelhantes à nossa casuística, o estudo de Orlonski *et al.* (2009), realizado com 335 escolares de 4 a 10 anos de idade atendidos por uma Unidade de Ensino Básico de Tempo Integral da cidade de Ponta Grossa (PR) no ano de 2007 revelou que 93,1% apresentaram estatura adequada para a idade. Ainda neste estudo, concluiu-se que os casos de crianças com baixa estatura (6,9% da amostra) associavam-se à condição econômica da família, ao peso ao nascer e à escolaridade materna.

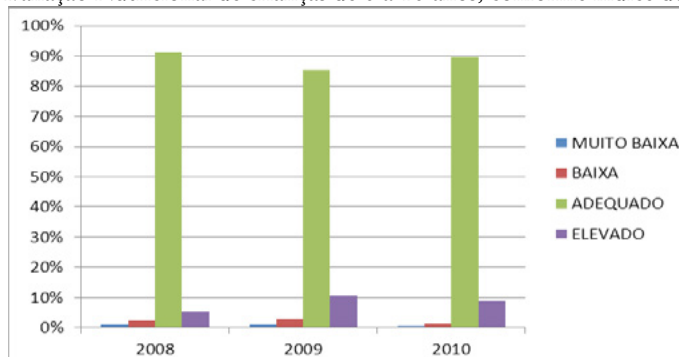
Todo ser humano nasce com um potencial genético de crescimento que pode ou não ser alcançado, dependendo das condições de vida a que ele esteja exposto desde a concepção até a idade adulta. Desta forma, o crescimento está relacionado tanto a fatores genéticos quanto ambientais, que irão atuar acelerando ou retardando este processo (GALLAHUE; OZMUN, 2001).

O *deficit* Altura/Idade ou comprometimento do estado nutricional pregresso indica um processo mais prolongado em que a velocidade de crescimento esquelético é prejudicada, podendo estar relacionada com as baixas condições socioeconômicas e condições ambientais inadequadas, infecção repetida ou crônica, como também com a ingestão inadequada de nutrientes (SIGULEM *et al.*, 2000; SARNI, 2001).

No Brasil, segundo Monteiro e Conde (2000), estudos têm demonstrado uma diminuição na prevalência de *deficits* de estatura nas últimas décadas, sendo que de 32% nos anos 70, essas taxas caíram para 15,4% e 10,5% nas décadas de 80 e 90, respectivamente. Tais dados mostram que a desnutrição revela-se um problema nutricional de menor relevância, todavia, alguns estudos apontam que em algumas regiões mais pobres este agravamento ainda apresenta altas prevalências (SANTOS *et al.*, 1995; SOARES; PARENTE, 2001).

Com relação à avaliação do índice de Peso/Idade em nossa amostra, houve maior prevalência de peso adequado para a idade nos anos de 2008 (91,22%), 2009 (85,35%) e 2010 (89,69%), seguido de peso elevado (5,39%, 10,57%, 8,73%, respectivamente) conforme se apresenta na Figura 2 a seguir.

Figura 2: Avaliação Nutricional de crianças de 0 a 10 anos, conforme índice de Peso/Idade.



Fonte: Elaborada pelos autores.

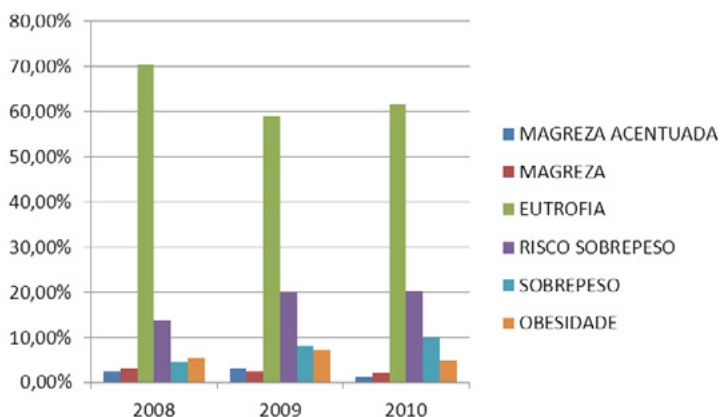
No estudo de Felisbino-Mendes, Campos e Lana (2010) verificou-se que 79,3% das crianças menores de 10 anos apresentaram peso adequado para idade. Venâncio *et al.* (2007) revelaram *deficit* de peso/idade e de risco de sobrepeso entre as crianças menores de cinco anos, no período de doze meses, atendidas pelo SISVAN. A prevalência de *deficit* de peso/idade variou de 3,11% a 4,23% e a prevalência de risco de sobrepeso variou de 3,96% a 4,75%. Observou-se que a frequência de crianças com risco de sobrepeso superou as de baixo peso, em concordância com os resultados de nosso estudo.

A obesidade progressiva é definida pelo aumento gradual dos estoques de gordura desde as idades mais precoces até a fase adulta. Está associada à obesidade hiperplásica (aumento do número de células adiposas), o que dificulta substancialmente a perda de peso corporal na idade adulta. A obesidade que se manifesta somente na idade adulta tende a apresentar características hipertróficas (aumento do volume das células adiposas) e, portanto, maior facilidade de reversão (GUEDES; GUEDES, 1998).

O excesso de gordura corporal até os 12 anos de idade é considerado precursor de fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT em fases avançadas da vida. A obesidade na infância e adolescência predispõe a manutenção deste agravo na vida adulta. Há uma estimativa de que 80% dos adultos com obesidade mórbida foram crianças ou adolescentes obesos (FISBERG *et al.*, 2004).

Conforme avaliação de IMC/Idade, observamos em nossa amostra uma maior prevalência de eutrofia (70,46% em 2008, 59,17% em 2009, 61,75% em 2010) seguida de risco de sobrepeso (13,77% em 2008, 19,86% em 2009, 20,29% em 2010). Também foi possível perceber um aumento de casos de crianças com risco de sobrepeso e sobrepeso ao longo dos anos (Figura 3).

Figura 3: Avaliação Nutricional de crianças de 0 a 10 anos, conforme índice de IMC/Idade.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, envolvendo 181 escolares com idade entre cinco e dez anos cadastrados no SISVAN, demonstrou maior prevalência de eutrofia por meio do índice de IMC/Idade (BARBOSA; SOARES; LANZILLOTTI, 2009). Em contrapartida, Coelho *et al.* (2009), em um estudo que incluiu dados do SISVAN, constituído por informações advindas das Unidades Básicas de Saúde dos 20 municípios que estão sob responsabilidade da Gerência Regional de Saúde de São João Del Rei (MG), observaram que entre as crianças menores de cinco anos de idade, 80% apresentaram baixo peso, enquanto que entre as de seis a nove anos de idade, tal índice baixou para 66,5%. Os autores sugerem que essas crianças possivelmente apresentaram desnutrição proteico-calórica devido ao alto consumo de carboidratos e ao baixo consumo de proteínas, pelo elevado custo dos alimentos e/ou falta de esclarecimentos e orientações à população.

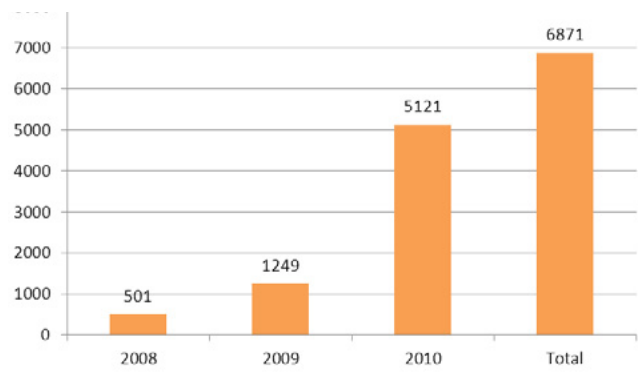
A análise dos dados antropométricos da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (IBGE, 2010c) indica que a desnutrição nos primeiros anos de vida e o excesso de peso e obesidade em todas as demais idades são problemas de grande relevância para a Saúde Pública no Bra-

sil. A desnutrição na infância está concentrada nas famílias de baixa renda e, do ponto de vista geográfico, na região Norte do País. O excesso de peso e a obesidade são encontrados com grande frequência a partir dos cinco anos de idade, em todos os grupos de renda e em todas as regiões brasileiras.

A comparação com resultados obtidos por inquéritos anteriores à POF (IBGE, 2010c) confirma a tendência de queda nas taxas de desnutrição infantil, que vem sendo observada desde a década de 1980, e ratifica a aceleração recente desse padrão na década de 2000, em particular nos estratos populacionais tradicionalmente mais afetados pelo problema. A mesma análise temporal com relação ao excesso de peso e obesidade aponta um quadro diverso. Em todas as idades, a partir dos cinco anos, confirma-se a tendência de aumento acelerado do problema. Em crianças entre cinco e nove anos de idade e entre adolescentes, a frequência do excesso de peso, que aumentou modestamente até o final da década de 1980, praticamente triplicou nos últimos 20 anos, alcançando entre um quinto e um terço dos jovens.

Conforme citado anteriormente, a população de crianças menores de 10 anos de Criciúma, SC, em 2010, era composta por 28.136, sendo que 6.871 foram cadastradas no SISVAN, representando apenas 24,4% desta população. Assim, foram avaliados os registros de crianças menores de 10 anos durante os anos de 2008, 2009 e 2010. De acordo com a Figura 4, percebe-se um aumento desses valores nos anos avaliados.

Figura 4: Número de cadastros de crianças menores de 10 anos no período de 2008 a 2010.



Fonte: Elaborada pelos autores.

O artigo 196 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988, p. 143) define que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Desta forma, pressupõe-se que a cobertura dos serviços de saúde do SUS contemple toda a população. A Vigilância Nutricional dentro deste contexto deveria igualmente atingir toda a população.

Venâncio *et al.* (2007) dissertam sobre a complexidade e as dificuldades para a implantação do SISVAN, principalmente associadas à adesão dos municípios, envolvimento parcial/total das unidades básicas de saúde e regularidade de alimentação do sistema. Sabe-se que os gestores municipais foram orientados a capacitar os profissionais das unidades básicas para alimentar o sistema com as informações mensalmente. Entretanto, percebe-se que por meio dos dados consolidados, apesar da adesão total das unidades básicas no município de Criciúma, o número de cadastros ainda é insuficiente.

Além disso, verificam-se outros impasses para a consolidação do SISVAN, com destaque às dificuldades dos profissionais em relação à pesagem das crianças, ao registro sistemático das informações nas planilhas, à digitação dos dados e à falta da troca de dados entre os sistemas de informação do Ministério da Saúde.

Considerações Finais

Os dados de nosso estudo, apresentados neste capítulo, demonstram que as crianças menores de 10 anos cadastradas no SISVAN, no município de Criciúma (SC), apresentaram, de modo geral, estado nutricional adequado, seguido de risco de sobrepeso e sobrepeso.

Além disso, uma das limitações encontradas no estudo foi a ausência de estratificação por faixa etária, o que poderia mudar o perfil nutricional devido às diferentes características destas faixas etárias.

É importante ressaltar a necessidade de se proceder com a avaliação nutricional e com o acompanhamento das crianças; sendo assim, é fundamental que os aspectos técnicos/operacionais do SISVAN possibilitem maior agilidade das informações e que a interpretação dos resultados seja amplamente discutida. Os resultados apontam para a necessidade de maior cobertura do Sistema, visto a importância da Vigilância Nutricional como direcionadora das ações e intervenções de saúde.

Referências

BARBOSA, R. M. S.; SOARES, E. A.; LANZILLOTTI, H. S. Avaliação do estado nutricional de escolares segundo três referências. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 243-50, 2009.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 181-191, 2003. (Suplemento 1).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN na assistência à saúde**. Textos Básicos de Saúde. Série B. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Normas e Manuais Técnicos. Série A. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

COELHO, D. et al. Avaliação nutricional da população assistida pelo Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de São João Del Rei, MG, Brasil. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 3, p. 273-278, 2009.

COUTINHO, J. G. et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, dez. 2009.

FELISBINO-MENDES, M. S.; CAMPOS, M. D.; LANA, F. C. F. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferro. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 2, p. 257-265, 2010.

FISBERG, R. M. et al. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de crescimento de crianças frequentadoras de creches públicas do município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 812-817, 2004.

GALLAHUE, D.; OZMUN, J. **Compreendendo o desenvolvimento motor**. São Paulo: Phorte Editora, 2001.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. **Controle do peso corporal**: Composição corporal, atividade física e nutrição. Londrina: Midiograf, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Um Panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaal/comentario.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2013.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 931-943, 2004.

LEVY-COSTA, R. B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 530-540, 2005.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Valores críticos do índice de massa corporal para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes brasileiros. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 4, p. 266-272, 2000.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas e declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

OLIVEIRA, R. C. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Mineira de Saúde Pública**, v. 5, n. 3, p. 16-23, 2004.

ORLONSKI, S. et al. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de estatura em crianças atendidas por uma unidade de ensino básico de tempo integral. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 1, 2009.

ROMEIRO, A. A. F. **Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil**. 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SANTOS, L. M. P. et al. Situação nutricional e alimentar de pré-escolares no semi-árido da Bahia (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 463-471, 1995.

SARNI, R. S. Avaliação da condição nutricional: crianças e adolescentes/método antropométrico. **Temas de Nutrição em Pediatria**, v. 2, p. 28-38, 2001.

SIGULEM, D. M. et al. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 3, p. 275-284, 2000.

SOARES, N. T.; PARENTE, W. G. Desnutrição e resultados de reabilitação em Fortaleza. **Revista de Nutrição**, v. 14, n. 2, p. 103-110, 2001.

VENÂNCIO, S. I. et al. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 2, p. 213-220, 2007.

CAPÍTULO 9

Análise de Escolares e Gerentes das Unidades de Saúde sobre as Ações Desenvolvidas pelo Sistema de Saúde do Município de Criciúma, SC

Gustavo de Oliveira¹

Vanise dos Santos Ferreira Viero²

Luciane Bisognin Ceretta³

Joni Marcio de Farias⁴

Resumo

O Ministério da Saúde, em suas políticas públicas, busca a promoção da saúde e a prevenção de agravos como foco de trabalho, transitando da cultura biomédica para uma visão integral, com enfoque multidisciplinar.

¹Profissional de Educação Física. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* gudeoli@hotmail.com

²Profissional de Educação Física. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* vanisedossantos@hotmail.com

³Enfermeira. Tutora e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* luk@unesc.net

⁴Profissional de Educação Física. Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil. *E-mail:* jmf@unesc.net

Conhecer este panorama amplia as possibilidades de ações e estratégias no cenário de práticas da saúde. Diante disso, o objetivo deste capítulo visa a apresentar as ações e estratégias desenvolvidas no município de Criciúma/SC, para verificar o conhecimento em saúde dos adolescentes. Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem descritiva. A população foi constituída pelos escolares do 1º ao 3º ano do Ensino Médio das redes pública e privada de ensino e pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde do município, sendo 34 cadastradas como Estratégias de Saúde da Família, totalizando 36 equipes. A amostra ficou constituída por 163 adolescentes com idade entre 14 a 19 anos, sendo 68 (41,7%) do sexo masculino e 95 (58,3%) do sexo feminino, e por 25 gerentes das Estratégias de Saúde da Família. A pesquisa utilizou-se de questionários, revelando que a média do Índice de Massa Corpórea dos adolescentes classifica-os como eutróficos. Do total, nenhum adolescente conseguiu relatar corretamente as ações e serviços disponibilizados pelas unidades, e apenas 2,5% responderam que sabiam sobre as atividades direcionadas aos adolescentes. 33,1% dos jovens opinaram a favor de oferecer mais Ações de Prevenção. Apenas 1,8% já ouviu falar sobre a Caderneta de Saúde do Adolescente. Dos conteúdos que consideraram importante aprender, apenas 52,8% estão presentes nesse instrumento. Do total de 25 Estratégias de Saúde da Família, apenas 13 relataram conhecer a Caderneta, e destas, apenas um profissional soube relatar os conteúdos presentes nesse material. As estratégias utilizadas revelaram-se positivas, porém limitadas, pois o município ainda não recebeu suporte suficiente para a utilização dos programas informativos e educacionais preconizados, para assim atingir a população jovem de forma efetiva, conhecendo a realidade dos jovens e adaptando o conteúdo das informações à sua vida.

Palavras-chave: Adolescente. Saúde. Saúde Pública. Saúde Coletiva.

Introdução

Na atualidade, o termo saúde não se apresenta com uma definição objetiva, mas como uma estrutura conceitual dentro de um processo dinâmico. Nessa perspectiva, a promoção da saúde é uma prática social que busca uma boa qualidade de vida para a população, articulando políticas públicas para este fim. Assim, estratégias são desenvolvidas para que o indivíduo tenha acesso às informações necessárias à sua saúde e incorpore esse conhecimento, adquirindo comportamentos preventivos (MORETTI *et al.*, 2009).

Tais ações de promoção à saúde e prevenção de agravos representam o atual foco do Ministério da Saúde dentro de suas políticas públicas, objetivando uma transformação cultural do atendimento clínico para um cuidado contínuo e multiprofissional (MENDES, 2012). Todas as políticas e programas viabilizados visam a implementar e a qualificar a rede de saúde e o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), além de minimizar problemas que dificultem e/ou impeçam mudanças no modelo de atenção (SILVA; SARRETA; BERTANI, 2007).

Estes programas procuram auxiliar a população na busca de um estilo de vida mais saudável. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006; NAHAS, 2010), os hábitos de vida adotados pelas pessoas diariamente são um dos componentes mais importantes para se ter uma boa saúde. Diversas áreas da saúde evidenciam que a aquisição de conhecimentos sobre os fatores de risco auxiliam na mudança de hábitos e comportamentos, assim como o sucesso de abordagens para novos hábitos parece depender da adoção de condutas de aprendizado, em especial para ouvir referências, experiências e expectativas (CARVALHO, 2008; NAHAS, 2010).

A realização desses programas de promoção de saúde são atuações das Unidades Básicas de Saúde (UBS), estruturas que respondem pelas ações de Atenção Básica à população. As UBS são a principal porta de acesso das pessoas ao Sistema de Saúde e estão distribuídas no território do município de forma a estarem o mais próximo possível das pessoas. Aquelas UBS que contam com Equipes de Saúde da Família são entendidas como estratégicas

para reorientação do modelo assistencial, já que trabalham com equipes multiprofissionais. Suas ações são direcionadas para grupos populacionais específicos, como os Programas de Saúde da Mulher e do Homem, serviços para acamados, idosos, gestantes, crianças, adolescentes, entre outros (MENDES, 2010; BRASIL, 2012).

Os adolescentes constituem um grupo prioritário para a promoção da saúde, em razão dos comportamentos que os expõem às diversas situações de riscos para a saúde. Nesse período de transição da infância para a vida adulta, ocorrem intensas transformações cognitivas, emocionais, sociais, físicas e hormonais. Nessa época da vida, cresce a autonomia e a independência em relação à família e à experimentação de novos comportamentos e vivências. Alguns desses comportamentos representam importantes fatores de risco para a saúde, como o tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada, sedentarismo e sexo sem proteção. Todos esses fatores aumentam o risco de acidentes e violências, além de contribuir para o desenvolvimento futuro de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, diabetes e câncer (MALTA *et al.*, 2010).

Uma das ações para essa população é a Caderneta de Saúde do Adolescente, que foi instituída no âmbito do SUS pela portaria nº 3147/09, e visa a apoiar a Atenção à Saúde da população juvenil, a acompanhar o crescimento e desenvolvimento saudáveis e a orientar na prevenção de doenças e agravos à saúde, além de facilitar as ações educativas que promovam o aprendizado e a consolidação de estilo de vida saudável. Tal documento foi constituído como um material a ser utilizado pelos profissionais das UBS, a fim de apoiar os adolescentes neste processo de autodescoberta e autocuidado durante essa fase de transformações (BRASIL, 2010).

Mediante o exposto, este capítulo relata alguns resultados do projeto “Saúde Pública para os adolescentes: Levantamento do conhecimento em saúde desta população”, que tem como objetivo investigar as ações e estratégias desenvolvidas no município de Criciúma, para verificar o conhecimento em saúde dos adolescentes.

Metodologia

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa transversal, com abordagem descritiva, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do local onde foi realizada a pesquisa. Este tipo de atividade procura realizar descrições das situações e tenta descobrir as relações existentes entre as mesmas (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2007).

A população foi constituída pelos escolares do 1º ao 3º ano do Ensino Médio das redes pública e privada de ensino do município de Criciúma, Santa Catarina, e pelos profissionais de saúde das UBS deste município, abrangendo suas cinco (05) regionais – Centro, Rio Maina, Boa Vista, Santa Luzia e Próspera.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total de adolescentes nessa faixa etária é de aproximadamente 9.853 escolares (IBGE, 2010a), com amostragem intencional, calculada pela fórmula $\sqrt{N} + 1$. Os estudantes foram distribuídos nos três períodos (matutino, vespertino, noturno), totalizando sete (07) instituições de ensino, com um total de 206 adolescentes investigados. O estudo teve uma mortalidade de 43 estudantes, os quais foram excluídos devido ao preenchimento incorreto de alguma das questões, rasuras ou falta de informações essenciais. A amostra resultou em 163 adolescentes, de 14 a 19 anos, sendo 68 (41,7%) do sexo masculino e 95 (58,3%) do feminino.

Na composição da amostra dos profissionais de saúde, o município conta com um total de 48 Unidades de Saúde. Destas, 34 são cadastradas como Estratégias de Saúde da Família (ESF), as quais contêm um total de 36 equipes de Saúde da Família (duas unidades com duas equipes, o restante com uma equipe cada), sendo que todos os profissionais responsáveis por estas unidades ESF foram convidados a participar da pesquisa. O questionário foi encaminhado para todas as gerentes das Unidades de Saúde do município de Criciúma. Houve a devolução de 25 questionários, todos corretamente preenchidos, não havendo eliminação de nenhum questionário, compondo a amostra dos profissionais de saúde desta pesquisa.

Neste estudo, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: adolescentes cursando o Ensino Médio no município de Criciúma; profissionais de saúde das Unidades de Saúde do município de Criciúma; preenchimento completo, correto e a devolução dos questionários pelos adolescentes e profissionais; preenchimento, assinatura e devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para o desenvolvimento do projeto foi realizado um contato com a Gerência Regional de Educação de Criciúma, a fim de se obter o levantamento do número de escolas com Ensino Médio e o número de alunos matriculados e fazer a solicitação da liberação para a realização do contato com as escolas. A definição das escolas que participaram da pesquisa aconteceu por meio da verificação da unidade escolar com maior quantidade de alunos de cada regional de saúde e pela possibilidade da instituição de participar da pesquisa.

O pesquisador realizou contato com a direção das escolas para apresentação do projeto e agendamento da data para coleta de dados com os adolescentes. A coleta de dados procedeu após a devolução do TCLE. Os adolescentes preencheram o questionário em sala de aula, após breve orientação do pesquisador.

Concomitantemente, foram encaminhados os questionários para as Unidades de Saúde, via Secretaria de Saúde, para preenchimento do mesmo pelos(as) enfermeiros(as) responsáveis pelo gerenciamento dessas Unidades.

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica, após a coleta, e a análise estatística foi realizada pelo *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) 17.0. Para a apresentação das variáveis investigadas foi utilizada a estatística descritiva, pela frequência absoluta, relativa, média e desvio padrão.

Resultados

A tabela 1 caracteriza a amostra da pesquisa com dados de média e desvio padrão nas variáveis antropométricas, divididos por gênero – masculino e feminino –, de todos os adolescentes participantes da pesquisa.

Tabela 1: Caracterização dos adolescentes conforme idade e variáveis antropométricas.

Variáveis	Masculino (média/DP)	Feminino (média/DP)	Geral (média/DP)
Idade (anos)	16,31 ± 1,01	16,19 ± 0,97	16,24 ± 0,99
Peso (kg)	64,81 ± 10,17	57,22 ± 10,10	60,38 ± 10,77
Estatura (metros)	1,73 ± 0,07	1,63 ± 0,07	1,67 ± 0,09
IMC (kg/m ²)	21,51 ± 2,89	21,47 ± 2,99	21,49 ± 2,94

DP – Desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelos autores.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é uma opção para avaliar e classificar o estado nutricional. Dessa forma, foram utilizados os pontos de corte propostos por Conde e Monteiro (2006) para analisar o sexo e a média da idade dos adolescentes. A média do IMC, conforme o gênero, classificou os grupos como eutróficos, não alcançando as marcas que corresponderam ao início do sobrepeso para essa idade.

Tais resultados são positivos, pois a prevalência de sobrepeso entre os adolescentes vem crescendo nos últimos anos em diversos países, inclusive no Brasil. Há estudos que se preocupam em interpretar esses casos. Uma pesquisa de abrangência mundial, baseada em dados sobre nutrição do Brasil, Estados Unidos, China e Rússia, revelou resultados ascendentes entre os jovens de seis a 18 anos na prevalência de sobrepeso: no Brasil, de 4,1% passou para 13,9%; na China, de 6,4% passou para 7,7%; e nos Estados Unidos, de 15,4% passou para 25,6%, enquanto que na Rússia se verificou a redução dessas taxas – de 15,6% passou para 9,0% (WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002).

Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada entre 2008 e 2009, uma em cada três crianças de cinco a nove anos de idade se encontra acima do peso. Já para os adolescentes (dez a 19 anos), o excesso de peso encontrado foi de 21,7% e de 9,4%, respectivamente, para o sexo masculino e feminino (IBGE, 2010b).

Esta pesquisa, realizada também há 34 anos, revelou que a prevalência de excesso de peso aumentou seis vezes no sexo masculino (de 3,7% para 21,7%) e quase três vezes no sexo feminino (de 7,6% para 19,4%). A evolução da prevalência de obesidade em ambos os gêneros se repete, em proporções menores, corroborando com a tendência ascendente descrita para o excesso de peso (IBGE, 2010b).

Na investigação do conhecimento em saúde dos adolescentes, buscou-se identificar se o jovem conhece os serviços oferecidos pelo sistema de saúde do município. Neste questionamento, realizado com toda a amostra, apenas 24,5% (n=40) relataram conhecer quais ações são desenvolvidas e estão disponíveis na Unidade de Saúde. Essa informação é importante, pois o conhecimento dos serviços nos direciona para a utilização e procura do mesmo quando necessário.

Essa informação expõe uma situação presente em toda a população e a falta de informações adequadas dos serviços que estão disponíveis nas Unidades de Saúde. Esse fato demonstra que há falha na comunicação entre unidade e usuário, o qual muitas vezes demonstra insatisfação por não receber o atendimento esperado, fato encontrado nas respostas dos adolescentes (dados não avaliados).

Neste sentido, apenas quatro (2,5%) escolares responderam conhecer as atividades direcionadas aos adolescentes (Ensino Médio) nas Unidades, e estes relataram que as ações desenvolvidas foram de distribuição de camisinhas, palestras educativas e realização da campanha de vacinação contra a gripe A. Os demais, 159 (97,5%) escolares, relataram não saber se a Unidade desenvolve atividades direcionadas à sua faixa etária e quais seriam essas ações. Além de conhecer as atividades desenvolvidas, os adolescentes foram questionados sobre quais atividades/serviços poderiam ser desenvolvidos pela Unidade de Saúde. Os resultados foram categorizados em grupos e apresentados na tabela 2.

Tabela 2: Opinião dos adolescentes sobre quais atividades/serviços a Unidade de Saúde pode oferecer direcionados a eles.

Atividades/serviços	F. A. (n)	F. R. (%)
Ações de Prevenção	54	33,1
Atendimentos	36	22,1
Serviços	35	21,5
Qualidade do Serviço	27	16,6
Especialidades	11	6,7
Total	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Dentre os conteúdos relatados, o mais citado foi o grupo associado às Ações de Prevenção (33,1%), que inclui as seguintes atividades (citadas pelos jovens): conscientização sobre malefícios das drogas em geral; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) – HIV/AIDS; incentivo a um estilo de vida saudável e ativo; alimentação saudável; higiene corporal; e perigos da automedicação. Essa informação representa as principais preocupações dos jovens e os cuidados que eles mais valorizam nessa fase da vida. Nesse grupo estão as ações de maior disseminação nos meios de comunicação e agrupam as patologias e dificuldades dos adolescentes. Tais conteúdos citados pelos adolescentes não estão abordados de maneira ampla na Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010), preconizada pelo Ministério da Saúde. Este resultado, portanto, sugere mudanças quanto ao conteúdo da Caderneta, agregando novos temas e maiores informações, a fim de sanar as dúvidas dessa população jovem.

Outro tema relatado pelos jovens abordou os Atendimentos (22,1% – sugestões): atendimento diferenciado ao adolescente com agenda, atendimento na escola durante o turno de aula, horários especiais para adolescentes que trabalham e estudam à noite, primeiros socorros.

O tema Serviços (21,5%) compreendeu, nessa categorização, as ações de grupos de atividades físicas/exercício físico, grupos de controle de obesidade, planejamento familiar – gravidez na adolescência –, vacinas, cota

de exames para os adolescentes, grupo de orientação e mudanças na adolescência.

Também foram citadas as atitudes que compuseram o tema associado à Qualidade do Serviço (melhores informações, agilidade no atendimento, quantidade maior de consultas, profissionais qualificados) e Especialidades (ginecologia, ortopedia, cardiologia, psicologia, nutrição, odontologia, oftalmologia, dermatologia).

Identificar quais ações os adolescentes esperam do Sistema de Saúde possibilita analisar se estão sendo desenvolvidas as competências estabelecidas pelo município. Atualmente, as UBS, sendo ou não ESE, recebem atribuições para desenvolver práticas de Educação em Saúde com crianças e adolescentes que contemplem temas específicos como, por exemplo, a expansão dos casos de gripe A, além de outros conteúdos de interesse dos jovens.

Esse panorama possibilita a comparação das ações desenvolvidas, os anseios dos jovens, os projetos e programas desenvolvidos e estabelecidos nas esferas governamentais, para analisar se tais ações estão sendo desenvolvidas de maneira adequada e quais atividades específicas precisam ser construídas no âmbito municipal para contribuir no conhecimento em saúde dos adolescentes.

Nessa linha de raciocínio, uma ação do Ministério da Saúde foi desenvolver a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010), que constitui um material informativo e de acompanhamento do adolescente ao longo dessa fase da vida. Este material possui a versão “do” e “da” adolescente, com conteúdo semelhante e diferenciação apenas na abordagem do desenvolvimento dos órgãos sexuais e situações específicas de cada gênero.

Baseado na existência e preconização da utilização deste material, nosso projeto foi inserido com questionamentos aos escolares sobre o conhecimento dessa Caderneta. O resultado mostra a baixa disseminação deste material, pois apenas três adolescentes (1,8%) responderam já ter ouvido falar sobre a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010) do Ministério da Saúde, e nenhum teve contato com o material, sem conhecimento para relatar os conteúdos que são abordados nesse instrumento.

Dessa forma, aumenta a relevância do questionamento realizado em formato aberto para identificar quais conhecimentos relacionados à saúde o adolescente considera importante aprender nessa fase da vida. A tabela 3 apresenta as respostas condensadas nos grupos de informações presentes e não presentes na Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010). O grupo *Conteúdos presentes na Caderneta* é composto pelos temas deste material, enquadrando o anseio dos jovens às informações presentes neste fascículo. No grupo *Conteúdos não presentes na Caderneta*, as várias opiniões dos jovens foram agrupadas em temas que não são contemplados especificamente.

O grupo *Dicas gerais com a saúde* foi o mais mencionado pelos adolescentes (21,5%) por abranger os conteúdos relacionados a um estilo de vida saudável e ativo, que agrega informações sobre nutrição e alimentação saudável, prática de atividade física e cuidados com a Saúde Mental. Estes conteúdos são citados na caderneta, porém o adolescente necessita de uma quantidade maior de informações a esse respeito para a aquisição de práticas saudáveis associadas.

A adolescência é um importante período da vida. Os hábitos adotados nesse período, como ter um estilo de vida saudável e ativo, por exemplo, tendem a ser mantidos durante a idade adulta. Este estilo de vida adequado proporciona benefícios para a saúde cardiovascular e para a manutenção e aumento da massa óssea, contribuindo para um melhor desempenho escolar, prevenindo doenças, melhorando a autoestima e reduzindo casos de depressão e ansiedade (STRONG *et al.*, 2005; PATE *et al.*, 2006).

Dessa forma, percebe-se que a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010) não oferece condições necessárias para que o jovem compreenda e fique esclarecido quanto aos benefícios de incorporar um estilo de vida mais saudável à sua vida. Este material necessita ser ampliado para dar suporte aos profissionais de saúde durante a orientação nas Unidades de Saúde e para que o adolescente tenha contato direto com esse conhecimento que, atualmente, é considerado importante em todas as fases da vida.

Tabela 3: Opinião dos adolescentes sobre quais conhecimentos relacionados à saúde consideram importante aprender.

Conhecimentos	F. A. (n)	F. R. (%)
Conteúdos presentes na Caderneta	86	52,8
Responsabilidades, Direitos, ECA	5	3,1
Dicas gerais com a saúde	35	21,5
Cárie – Higiene Bucal	5	3,1
Vacinas	3	1,8
Puberdade	8	4,9
Relação sexual/Sexo seguro/Gravidez	30	18,4
Conteúdos não presentes na Caderneta	77	47,2
AIDS / HIV	6	3,7
Álcool e outras Drogas	3	1,8
Câncer	6	3,7
DST's	21	12,8
Higiene Geral	10	6,1
Medicamentos	4	2,5
Prevenção de doenças/Primeiros Socorros	27	16,6
Total	163	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa.

Fonte: Elaborada pelos autores.

O segundo grupo de assuntos mais citados, denominado Relação Sexual/Sexo Seguro/Gravidez (18,4%), seguido do grupo Puberdade (4,9%), traz conteúdos comuns e necessários a essa fase da vida na qual o corpo passa por inúmeras mudanças. No entanto, também concluímos que essa Caderneta não abrange o conteúdo básico necessário para realmente esclarecer os jovens sobre todo esse processo de transformações, como reagir e onde encontrar respostas.

Dentre os conteúdos citados, mas que não estão presentes na caderneta, destacam-se os temas Prevenção de Doenças/Primeiros Socorros (16,6%) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (12,8%). Essa informação retrata o anseio dos jovens por conhecerem melhor certos conteúdos, de interesse para o seu cotidiano e seu relacionamento social e afetivo, que educam para o restante da vida.

Esses resultados e informações possibilitam a reflexão de que o conhecimento em saúde não tem utilidade apenas no contexto educacional, pois essa base teórica é utilizada na decisão de qual atitude tomar ante as adversidades e patologias apresentadas ao longo da vida. Discernir se a doença que pode estar se desenvolvendo representa um caso de urgência ou não se torna relevante antes da tomada de decisão sobre qual atitude realizar.

Para compor a pesquisa, complementando as informações dos adolescentes, foi desenvolvido um questionário para levantamento de dados da realidade vivenciada pelos profissionais da saúde das UBS do município de Criciúma, de forma a conhecer os serviços organizados para a população adolescente, suas dificuldades e necessidades.

Tabela 4: Atividades/ações que a Unidade desenvolveu e que estão direcionadas aos adolescentes (Ensino Médio).

Atividades/ações	F. A. (n)	F. R. (%)
Conteúdos presentes na Caderneta	4	16,0
Responsabilidades, Direitos, ECA	0	0,0
Dicas gerais com a saúde	0	0,0
Cárie – Higiene Bucal	0	0,0
Vacinas	0	0,0
Puberdade	1	4,0
Relação sexual/Sexo seguro/Gravidez	3	12,0
Conteúdos não presentes na Caderneta	11	44,0
Combate ao Tabagismo, Álcool e outras Drogas	4	16,0

DST's – AIDS/HIV – Hepatites	5	20,0
Higiene Geral	1	4,0
PSE – Programa Saúde na Escola	1	4,0
Não realizaram ações	10	40,0
Total	25	100,0

F.A. Frequência Absoluta, F.R. Frequência Relativa.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na investigação da situação das unidades, todas as gerentes relataram ter um bom contato com as instituições escolares e que o processo de organização das atividades acontece tanto por procura da escola, devido à necessidade de conteúdo educativo aos adolescentes, quanto pelo contato das enfermeiras e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a instituição para realização de campanhas e ações.

Dentre as ações desenvolvidas pela UBS estão as Campanhas de Promoção e Prevenção, que englobaram os seguintes temas: vacinação, influenza, DST – AIDS/HIV –, prevenção ao uso do cigarro e outras drogas, combate à violência. Dessa forma, a tabela 4 apresenta as atividades de Educação em Saúde e as Campanhas de Promoção e Prevenção realizadas pela UBS, as quais foram divididas por temas, e se tais conteúdos estão inseridos ou não na Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010).

Na comparação com a tabela 3, que relata a opinião dos adolescentes sobre quais conhecimentos em saúde interessa aprender, houve destaque nas *Dicas gerais com a saúde*, que não apresentaram atividades desenvolvidas por nenhuma ESF participante da pesquisa. No grupo dos *Conteúdos não presentes na Caderneta*, observamos o oposto, pois traz temas relacionados ao álcool e a outras drogas, também com relação às DST's – AIDS/HIV –, os quais foram sugeridos pelos adolescentes (Tabela 3) nas atividades/ações realizadas pela Unidade de Saúde.

Além do questionamento das ações realizadas, os locais onde estas atividades aconteceram também foram questionados na pesquisa. Das 15 ESF que abrangem escolas com Ensino Médio, 14 gerentes efetivaram suas ações

nas dependências da instituição escolar e apenas um gerente relatou organizar essas atividades na própria Unidade de Saúde.

Depois de identificadas as atividades/ações organizadas pelas ESF e os locais em que a pesquisa ocorreu, os profissionais da Unidade de Saúde foram abordados sobre o conhecimento a respeito da Caderneta de Saúde do Adolescente, elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Do total de 25 ESF participantes da pesquisa, 13 relataram conhecer este material, enquanto que as outras 12 relataram desconhecer essa iniciativa. Dos 13 gerentes de unidade que informaram ter conhecimento sobre a caderneta, apenas um profissional soube explicar os conteúdos presentes neste material (Alimentação saudável, Puberdade, Estágios de desenvolvimento de Tanner, Sexualidade, Sexo seguro). Dos demais, dois profissionais relataram conhecer o material, porém não descreveram nenhum assunto específico, e os outros 10 gerentes citaram temas como drogas, DST, AIDS/HIV, saúde mental, violência sexual contra a criança e o adolescente, que não são abordados de maneira significativa na caderneta.

Esse fato, juntamente com 1,8% dos adolescentes entrevistados, que relataram conhecer a Caderneta de Saúde do Adolescente (BRASIL, 2010), mostra a baixa utilização deste material nas Unidades de Saúde do município. Uma iniciativa seria a utilização deste material para melhorar os serviços realizados para os adolescentes, principalmente os que frequentam o Ensino Médio, pois estão próximos da transição para a idade adulta.

Agregada a essa situação, as 20 gerentes (80,0%) das ESF participantes da pesquisa afirmaram que durante o ano de 2012 foi realizado o acompanhamento das adolescentes gestantes. Das 20 unidades que relataram casos de gravidez em adolescentes, em 16 delas ocorreram de um a quatro casos de gravidez na adolescência. Duas unidades descreveram ter acompanhado nove casos, enquanto uma outra descreveu ter acompanhado 18 casos de gravidez em jovens durante o ano. Tal situação reflete a deficiência no processo de educação dos jovens, havendo uma necessidade de se analisar se a maneira como este assunto é divulgado está sendo positiva para que as jovens se apropriem deste conhecimento. Outro fato é que não temos como atingir todas as jovens em idade fértil para que a gravidez passe a ser algo planejado pelas famílias.

Completando este levantamento com as gerentes, o estudo também abordou quais conhecimentos relacionados à saúde são considerados importantes para os adolescentes (Ensino Médio) aprenderem durante esse período da vida. A grande maioria dos gerentes descreveu suas respostas em torno dos seguintes conteúdos: Conhecimento sobre a sexualidade e orientações sobre o início da vida sexual; DST (AIDS/HIV); métodos contraceptivos e planejamento familiar; álcool, tabaco e outras drogas. Outros assuntos foram menos citados, mas estavam presentes nas falas dos profissionais: Higiene corporal e oral; orientações e prevenções de doenças bucais; vacinas; responsabilidades (com o próprio corpo, sobre seus atos); obesidade; medicamentos; e mudanças hormonais e psicológicas na adolescência.

Considerações Finais

O município de Criciúma apresenta uma rede de serviços direcionada à população jovem, mas observa-se a necessidade de aprimoramento da mesma. Nossa pesquisa demonstra a falta de conhecimento dos jovens acerca do que lhes é ofertado sobre prevenção de doenças e promoção da saúde, demonstrando falha de comunicação entre a população jovem usuária e o sistema de saúde.

Conhecida a realidade no contexto da Saúde Pública do município de Criciúma, entende-se que proposições devam ser planejadas para aprimorar os serviços de saúde direcionados aos adolescentes. Esse retrato mostra as necessidades desse grupo populacional e possibilita desenvolver resoluções a fim de contribuir na aquisição de conhecimento em saúde e na transformação deste em hábitos de vida saudáveis. Percebe-se também que há falta de conhecimento dos jovens sobre as ações e programas institucionalizados para esse público, sendo necessário encontrar o elo que se rompeu nesse percurso para efetivar essa política pública de saúde. Os resultados adquiridos contribuem para uma proposta de melhoramentos na Caderneta de Saúde do Adolescente.

O município ainda não recebeu suporte suficiente para utilizar todos os programas informativos e educacionais preconizados pelo próprio Ministé-

rio da Saúde. As estratégias utilizadas se mostram positivas, porém limitadas, não atingindo a população jovem de forma efetiva, sendo necessário reavaliar a forma de realização, os locais utilizados (geralmente feito nas escolas) e, principalmente, investir na capacitação dos profissionais de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde do Adolescente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, A. I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 4, 2008.

CONDE, W. L.; MONTEIRO, C. A. Body mass index cutoff points for evaluation of nutritional status in Brazilian children and adolescents. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 266-272, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/comentario.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2013.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 309-319, 2010.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MORETTI, A. C. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2. p. 346-354, 2009.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida:** conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5. ed. Londrina, PR: Madiograf, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O papel da atividade física no envelhecimento saudável.** Florianópolis: [S.n.], 2006.

PATE, R. R. et al. Promotion physical activity in children and youth: a leadership role for schools: a scientific statement from the American Heart Association Council on nutrition, physical activity and metabolism (physical activity committee) in collaboration with the Councils on Cardiovascular Disease in the Young and Cardiovascular Nursing. **Circulation, Journal American Heart Association**, v. 114, p. 1214-1224, 2006.

SILVA, E.; SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. As políticas públicas de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca. **Serviço Social e Realidade**, v. 16, n. 1, p. 81-103, 2007.

STRONG, W. B. et al. Evidence based physical activity for school-age youth. **The Journal of Pediatrics**, v. 146, n. 6, p. 732-737, 2005.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Método de Pesquisa em Atividade Física.** 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 75, p. 971-977, 2002.



Ministério
da Educação

